



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

VETËDEKLARIM PRAKTIKANTI

Unë, i nënshkruari _____, i datëlindjes __/__/____, lindur në, _____ me vendbanim _____, adresa _____ nr.tel. _____, adresë e-mail _____ deklaroj nën përgjegjësinë time si më poshtë:

1. Jam diplomuar në Universitetin _____, me diplomë nr. _____ dt. _____.

2. Do kryej praktikën profesionale në:

Farmacinë: _____

Adresa e plotë e farmacisë: _____

3. Me drejtues të praktikës profesionale Z./Znj. _____

4. Dorëzoj në zyrën e UFSH dokumentat e mëposhtme:

- Kërkesë për regjistrimin në Regjistrin e Praktikantëve Farmacistë të UFSH
- Fotokopje diplome dhe listë notash, të noterizuara
- Fotokopje e dokumentit të identifikimit
- Tre fotografi 3 x 3.5 cm
- Kontratë për kryerjen e praktikës me farmacinë
- Fotokopje e certifikatës së anëtarësimit në UFSH të drejtuesit të praktikës
- Mandat pagesën për tarifën e regjistrimit dhe mbikqyrjen nga UFSH, **10000 lekë** në numrin e llogarisë **69623 pranë bankës BKT.**

Data _____

(Emri, mbiemri, firma)