AΙΤΗΣΗ

# ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΜΑΘΗΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

# ΠΡΟΣ

**ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ**

|  |
| --- |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ **ΕΠΩΝΥΜΟ:**  **ΟΝΟΜΑ:**  **ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ:**  **ΟΔΟΣ: ..................................... ΑΡΙΘΜΟΣ:………….ΠΟΛΗ: ...........................………………**  **Τ. Κ.: ...........................ΤΗΛ: ..................................... …….…………………………………**  **ΑΡΙΘΜ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ : ......................………………………………………………………..** |

Παρακαλώ να εγκρίνεται και να με γράψετε στα μητρώα της Υπηρεσίας σας / ανανεώσετε την πρακτική μου άσκηση στο φαρμακείο τ…… φαρμακοποιού ………………………………………στην οδό ……………………………………….. στο Δήμο …………………………….. από …………………έως ………………………….

(Πόλη - Ημερομηνία)………………………………………….

Ο/Η ΑΙΤ……………………..

………………………………….

(υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ)

|  |
| --- |
|  |

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

1) Αίτηση

2) Τίτλος σπουδών, δηλαδή:

α) δίπλωμα επαγγελματικής κατάρτισης του επιπέδου της μεταδευτεροβάθμιας κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) του Ν. 200992 της ειδικότητας «Τεχνικός φαρμάκων καλλυντικών και παρεμφερών προϊόντων» ή ισότιμο ή

β) πτυχίο τεχνικού επαγγελματικού λυκείου τμήματος «βοηθών φαρμακείων» ή ισότιμο ή

γ) πτυχίο τεχνικής επαγγελματικής σχολής ειδικότητας υπαλλήλων φαρμακείου ή ισότιμο ή απολυτήριο ή

δ) πτυχίο κάθε τύπου Λυκείου ή ισότιμο για τους υπηρετούντες ή υπηρετήσαντες σε στρατιωτικά φαρμακεία ή φαρμακεία Στρατιωτικών Νοσοκομείων οπλίτες πενταετούς υποχρέωσης (ΟΠΥ)

3) Υπεύθυνη δήλωση φαρμακοποιού στο φαρμακείο τον οποίο θα γίνει η άσκηση

4) Τετράδιο 100 φύλλων

5) Υπεύθυνη δήλωση του ενδιαφερομένου ότι δεν ασκεί άλλο επάγγελμα και δεν φοιτά σε ημερήσια σχολή

Σημείωση:

* Η έναρξη της πρακτικής άσκησης δηλώνεται στη Διεύθυνση Υγείας & Κοιν. Μέριμνας ΠΕ Κοζάνης, στην αρμοδιότητα της οποίας βρίσκεται το Φαρμακείο.
* Ανανέωση πρακτικής κάθε έξι (6) μήνες με υποβολή εκ νέου των δικαιολογητικών 2 και 3