AΙΤΗΣΗ

# ΠΡΟΣ

**ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕ ΚΟΖΑΝΗΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

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

Παρακαλώ όπως προωθήσετε τον φάκελο με τα δικαιολογητικά μου προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις για την απόκτηση αδείας ασκήσεως επαγγέλματος βοηθού φαρμακείου. Παίρνω μέρος στις εξετάσεις για (1η, 2η,3η φορά ) ……………..

(Πόλη - Ημερομηνία)………………………………………….

Ο/Η ΑΙΤ……………………..

………………………………….

 (υπογραφή)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ – ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ (ΒΛΕΠΕ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ)

|  |
| --- |
|  |

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Τα δικαιολογητικά κατατίθενται στη Δ/νση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας της οικείας Περιφερειακής Ενότητας.

1) 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

2) Υπεύθυνη δήλωση του Ν1599/86 που συντάσσεται και υπογράφεται από τον ασκούντα τον υποψήφιο βοηθό φαρμακείου, φαρμακοποιό ή τον προϊστάμενο του Στρατιωτικού φαρμακείου επικυρωμένη για το γνήσιο της υπογραφής του φαρμακοποιού από αστυνομικό τμήμα.

3) Βεβαίωση της αρμόδιας διεύθυνσης της οικείας Περιφέρειας περί ασκήσεως

4) Επίδειξη βιβλίου πρακτικής

.