Έφορο Φαρμακευτικής
Φαρμακευτικές Υπηρεσίες
1475 Λευκωσία

ΕΝΑΡΞΗ

ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

Σύμφωνα με τις πρόνοιες του Περί Φαρμακευτικής και Δηλητηρίων Νόμου Κεφ. 254 και σύμφωνα με τις σχετικές αποφάσεις του Συμβουλίου Φαρμακευτικής, επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι αρχίζω/συνεχίζω την πρακτική μου εξάσκηση στη Φαρμακευτική.

Ονοματεπώνυμο (με κεφαλαία γράμματα)**:**……..

Διεύθυνση Οικίας: .....

ΤΤ – Δήμος / Χωριό .....

Τηλέφωνο Οικίας / Κινητό .....

Πανεπιστήμιο & ημερ. Εγγραφής* .....

Όνομα Φαρμακείου: .....

Διεύθυνση Φαρμακείου: .....

ΤΤ – Δήμος / Χωριό .....

Τηλέφωνο Φαρμακείου: .....

Όνομα Υπεύθυνου Φαρμακοποιού ** .....

Αριθμός Μητρώου
Υπ. Φαρμακοποιού & ημερ. εγγραφής: ...., ..., ...

Ημερομηνία έναρξης Πρακτικής Εξάσκησης*:** ....., ..., ...

Ο/Η υπεύθυνος/η φαρμακοποιός	Ο/η αιτητής/τρια
Υπογραφή.....	Υπογραφή.....
Όνομα.....	Όνομα.....

Ημερομηνία:.....

* **Η πρακτική εξάσκηση γίνεται αποδεκτή μόνο μετά την ολοκλήρωση με επιτυχία του τέταρτου έτους σπουδών (να εσωκλειστεί βεβαίωση πανεπιστημίου)**

** **Ο υπεύθυνος φαρμακοποιός πρέπει να έχει τριετή τουλάχιστο πείρα, να έχει εγκριθεί από την Αρμόδια Αρχή και να μην έχει κανένα είδος σχέσης με τον ασκούμενο φοιτητή (άμεση συγγένεια, γάμος, οικονομική εξάρτηση,…)**

*** **Σε κάθε φαρμακείο, μπορεί να τυγχάνει εκπαίδευσης ένας μόνο φοιτητής**

**** **Η ελάχιστη διάρκεια της Πρακτικής εξάσκησης στο ίδιο φαρμακείο θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 συνεχόμενοι μήνες όπου είναι εφικτό. Πρακτική εξάσκηση για χρονική περίοδο μικρότερη του ενός μηνός δεν θα λαμβάνεται υπόψη.**