



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΕΒΡΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

Ταχ.Δ/ση: Δήμητρας 19, Αλεξανδρούπολη
Ταχ. Κώδικας: 68131
Πληροφορίες: Κλεονάρη Παπαδοπούλου
Τηλ: 2551355337
E-mail: farmaka.evrou@pamth.gov.gr

ΠΡΟΣ:
Φαρμακευτικό Σύλλογο Έβρου
4^ο χλμ. Αλεξ/πολης - Φερών
Τ.Θ.1611 Απαλός, Αλεξανδρούπολης
Τ.Κ. 68100 ΑΛΕΞ/ΠΟΛΗ

ΘΕΜΑ: “Διαβίβαση Εγγράφου”

ΣΧΕΤ.: Την υπ’ αριθμ.πρωτ.:ΔΔΥΚΜ/ΜΕΘ/οικ.: 795943(24105)/22.11.2023 Ανακοίνωση της Π.Κ.Μ., Μητροπολιτική Ενότητα Θεσσαλονίκης, για τις εξετάσεις Φαρμακοποιών.

Σας διαβιβάζουμε το παραπάνω σχετικό έγγραφο της Π.Κ.Μ. Μητροπολιτικής Ενότητας Θεσσαλονίκης, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Τμήμα: Δημόσιας Υγείας, που αφορά τις εξετάσεις **Φαρμακοποιών** για την Άδεια Άσκησης Επαγγέλματος της εξεταστικής περιόδου **ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2023**, προς ενημέρωσής σας.

Η προθεσμία υποβολής των δικαιολογητικών στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας Περιφερειακής Ενότητας Έβρου ορίζεται έως και η **01/12/2023**.

Μ.Ε.Π.
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ Δ/ΝΣΗΣ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΣΜΑΔΑΚΗ
ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ/Α’

ΑΙΤΗΣΗ

ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΒΡΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ (ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΟΝΟΜΑ:..... ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ή ΣΥΖΥΓΟΥ:.....
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΟΔΟΣ: ΑΡΙΘΜΟΣ:..... ΠΟΛΗ:
Τ. Κ.: ΤΗΛ:
EMAIL:

Σας υποβάλλω τα απαραίτητα δικαιολογητικά και σας παρακαλώ να τα διαβιβάσετε στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσ/νικης στη Δ/νση Δημ. Υγείας & Κοιν. Μέριμνας στο Τμήμα Φαρμάκων – Φαρμακείων προκειμένου να λάβω μέρος στις εξετάσεις περιόδου.....23 για την απόκτηση βεβαίωσης άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού.

(Πόλη - Ημερομηνία).....

Ο/Η ΑΙΤ.....

.....
(υπογραφή)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ

1. Αίτηση του ενδιαφερόμενου
2. Αντίγραφο πτυχίου (φωτοτυπία).
3. Φωτοτυπία Αστυνομικής ταυτότητας
4. Βεβαίωση πρακτικής άσκησης απ' το Νοσοκομείο θεωρημένο για το γνήσιο της υπογραφής από το Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου.
5. Ένορκες βεβαιώσεις επικυρωμένες από την οικεία Δ/ση Δημ.Υγείας της Π.Ε. της έδρας του φαρμακείου, με τις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της άσκησης και η επί εξάωρο καθημερινά άσκηση.
6. Βεβαίωσης της Δ/σης Υγείας για την ολοκλήρωση της πρακτικής
7. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής στην εξεταστική Επιτροπή θεωρημένα και τα τέσσερα τρίμηνα (θα το έχετε μαζί σας στη Θεσσαλονίκη).
8. Παράβολο 11,74 € από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων
τα ο οποίο το παίρνετε από την πόλη στην οποία θα δώσετε εξετάσεις.

ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

1. Αίτηση συμμετοχής
2. Βεβαίωση αναγνώρισης πτυχίου από ΔΙΚΑΤΣΑ (ΔΟΑΤΑΠ) και βαθμολογία πτυχίου.
3. Πιστοποιητικό διετούς ασκήσεως σε φαρμακεία της ημεδαπής ή αλλοδαπής όπου θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος ασκήσεως, θα φέρει υπογραφή του ασκήσαντος φαρμακοποιού, θεώρηση από τον πρόεδρο του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου, σφραγίδα της Χάγης και του οικείου ελληνικού προξενείου, αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στο εξωτερικό. Το πιστοποιητικό θα είναι επίσημα μεταφρασμένο, ενώ αν η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην Ελλάδα ισχύουν τα 2 & 5 όπως στους φοιτητές εσωτερικού.
4. Παράβολο 11,74 € από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων
τα ο οποίο το παίρνετε από την πόλη στην οποία θα δώσετε εξετάσεις.
5. Διαβατήριο επίδειξη
6. Φωτοτυπία Αστυνομικής ταυτότητας
7. Επίδειξη τετραδίου πρακτικής θεωρημένο.

Ομογενείς και υπήκοοι κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας υποβάλλουν μαζί με τα δικαιολογητικά και άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα

Τα δικαιολογητικά κατατίθενται στη Δ/ση Δημόσιας Υγείας της Περιφερειακής Ενότητας του τόπου μόνιμης κατοικίας.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η Υπηρεσία μας επιφυλάσσεται να ζητήσει πρόσθετα δικαιολογητικά εφόσον απαιτηθούν.