

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΠΡΟΣ:

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ –

Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΑΡ. ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ⁽¹⁾:

ΤΥΠΟΣ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ⁽²⁾:

Αρ. Τηλεφώνου:

Αστυνομική Ταυτότητα ☐

Σταθερό:

Διαβατήριο ☐

Κινητό:

Στρατιωτική Ταυτότητα ☐

Δίπλωμα Οδήγησης ☐

Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο των πτυχιούχων φαρμακοποιών για εξέταση για χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού, εξεταστικής περιόδου **ΙΟΥΝΙΟΥ 2019**, για τα εξής μαθήματα⁽³⁾:

1. ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΪΑ – ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΑ ☐
2. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΙΣΤΟΡΙΑ – ΕΜΠΟΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ☐
3. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ☐
4. ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ ☐

Η τελευταία συμμετοχή μου στις εξετάσεις για τη χορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος φαρμακοποιού ήταν το μήνα του έτους **20**.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Ο / Η

...../...../2019

Αιτών/-ούσα
(Υπογραφή)

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ:

(1): Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε αριθμό δελτίου αστυνομικής ταυτότητας, στρατιωτικής ταυτότητας (προσοχή: αριθμό ταυτότητας, *ΟΧΙ* αριθμό στρατιωτικού μητρώου), διαβατηρίου ή διπλώματος οδήγησης. Κατά την εξέταση πρέπει να έχετε μαζί σας το ίδιο έγγραφο που δηλώσατε στην αίτησή σας.

(2): Εδώ σημειώνετε τον τύπο εγγράφου που επικαλείστε για πιστοποίηση της ταυτότητάς σας.

(3): Σημειώνετε τα μαθήματα στα οποία επιθυμείτε να επανεξεταστείτε.