

Adnotacje NRA

Data wpływu:

Nr ewidencyjny

Data wydania zaświadczenia:

.....

WNIOSEK

**o wydanie zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach zawodowych
do wykonywania zawodu farmaceuty w państwach Unii Europejskiej**

1. Dane osobowe

Nazwisko	
Imię/imiona	
Nazwisko rodowe	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	
Adres do korespondencji:	
Telefon kontaktowy	

2. Państwo, w którym wnioskodawca zamierza wykonywać zawód:

.....

3. Posiadane kwalifikacje

A. Dyplom

Nazwa uczelni, która wydała dyplom	
Nazwa dyplomu	
Data wydania dyplomu	
Uzyskany tytuł	

B. Uprawnienia do wykonywania zawodu:

1. **Nazwa Okręgowej Rady Aptekarskiej, która wydała Prawo Wykonywania Zawodu:**

.....

2. **Nazwa dokumentu:**

3. **Data wydania:** **Nr Prawa:**

4. **Przebieg pracy zawodowej:**

Miejsce pracy	Okres wykonywania pracy od - do	Wymiar czasu pracy	Zajmowane stanowisko

5. Załączniki

- a. Odpis dyplomu ukończenia studiów,
- b. Kopia Prawa Wykonywania Zawodu,
- c. Oryginały świadectw pracy (do zwrotu) – dotyczy ubiegania się o uzyskanie praw nabytych oraz uznania kwalifikacji w Norwegii,
- d. Inne:

podpis wnioskodawcy