



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΕΝΟΤΗΤΑΣ ΑΧΑΪΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ**

Ταχ. Διεύθυνση: Π.Π. Γερμανού 98 Πάτρα
Ταχ. Κώδικας : 26225
Πληροφορίες : Μ Κανναβού, Β. Λαμπάτος
Τηλέφωνο : 2613 620735-745
Email: : ddykm-ach@pde.gov.gr

ΠΡΟΣ: Τμήμα Φαρμακευτικής
Πανεπιστημίου Πατρών

Θέμα: «Διευκρινίσεις σχετικά με την πρακτική άσκηση φοιτητών φαρμακευτικής για τη λήψη της άδειας άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος»

Σχετ: α) Το άρθρο 1 του Ν. 206/1947 (Α' 11) «Προφοιτητική εξέταση υποψηφίων»
β) Την Κ.Υ.Α Α4/1022/1993 (ΦΕΚ Β' 162)
γ) Το Π.Δ. 213/2003 (ΦΕΚ Α' 172)
δ) Το άρθρο 69 του Ν. 4957/2022 (ΦΕΚ Α' 141) και το άρθρο 44 του Ν. 5128/2024 (ΦΕΚ Α' 118)

Σύμφωνα με την (α), (β) και (γ) σχετική νομοθεσία «η πρακτική άσκηση στην Ελλάδα, για τη λήψη της άδειας άσκησης του φαρμακευτικού επαγγέλματος, ορίζεται σ' ένα (1) χρόνο ως εξής: α. Τρεις (3) μήνες σε φαρμακείο στο κοινό, σε πόλεις άνω των 5000 κατοίκων, β. Τρεις (3) μήνες σε φαρμακείο Νοσοκομείου, υπό την εποπτεία της φαρμακευτικής υπηρεσίας αυτού, γ. Τρεις (3) μήνες σε φαρμακοβιομηχανία, είτε σε φαρμακείο ανοιχτό στο κοινό, ως ανωτέρω, δ. Τρεις (3) μήνες σε φαρμακείο ανοιχτό στο κοινό ή φαρμακείο νοσοκομείου, ως ανωτέρω κατ' επιλογή του ενδιαφερόμενου. Η πρακτική αυτή άσκηση γίνεται μετά την περάτωση πανεπιστημιακών σπουδών οκτώ (8) εξαμήνων και αποδεικνύεται με τα άρθρα 9 και 10 του Ν. 206/1947».

Η παρακολούθηση της πρακτικής άσκησης των σπουδαστών της Φαρμακευτικής Σχολής γίνεται από τα Τμήματα Φαρμάκων και Φαρμακείων των αντίστοιχων Περιφερειακών Ενοτήτων των εκάστοτε Περιφερειών. Για την έναρξη των τριμήνων της πρακτικής άσκησης απαιτείται **πρώτα** εγγραφή των φοιτητών στα Μητρώα Ασκούμενων Φοιτητών Φαρμακευτικής του Τμήματος Φαρμάκων και Φαρμακείων της Περιφέρειας. Για την εγγραφή στα Μητρώα Ασκούμενων Φοιτητών Φαρμακευτικής απαιτείται: 1) βεβαίωση του Πανεπιστημίου ότι ο φοιτητής έχει περατώσει το 8^ο εξάμηνο σπουδών, 2) βεβαίωση νοσοκομείου, στην οποία θα αναγράφεται το χρονικό διάστημα που δέχεται το νοσοκομείο τον φοιτητή για πρακτική άσκηση ή υπεύθυνη δήλωση του φαρμακοποιού, στην οποία θα αναγράφεται το χρονικό διάστημα που αποδέχεται ο φαρμακοποιός τον φοιτητή για πρακτική άσκηση στο φαρμακείο του είτε με υπογραφή και σφραγίδα του φαρμακοποιού είτε μέσω της ιστοσελίδας www.gov.gr, 3) τετράδιο 50 φύλλων αριθμημένο ανά φύλλο πάνω δεξιά.

Στο τέλος της πρακτικής άσκησης, ο φοιτητής θα πρέπει να προσκομίσει την ένορκη βεβαίωση του φαρμακοποιού στον οποίο έκανε πρακτική, από συμβολαιογράφο ή δικηγόρο, είτε τη βεβαίωση του νοσοκομείου περί ολοκλήρωσης της πρακτικής άσκησης, στο Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων της Περιφέρειας για την επικύρωσή τους, μαζί με το θεωρημένο τετράδιο της πρακτικής άσκησης. Εάν ο φοιτητής κάνει περισσότερα από ένα τρίμηνα πρακτικής άσκησης στον ίδιο φαρμακοποιό μπορεί να προσκομίσει μία ένορκη βεβαίωση του φαρμακοποιού όπου θα αναγράφονται όλα τα τρίμηνα που έκανε

πρακτική στο συγκεκριμένο φαρμακείο, αναλυτικά με τις ημερομηνίες που αυτά έγιναν, όπως αναγράφονται στο τετράδιο της πρακτικής άσκησης.

Σύμφωνα με τις διατάξεις της (δ) σχετικής νομοθεσίας δίνεται η δυνατότητα διενέργειας πρακτικής άσκησης φοιτητών ως υποχρεωτική ή προαιρετική εκπαιδευτική δραστηριότητα του προγράμματος σπουδών. Η πρακτική άσκηση που διενεργείται στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών του Τμήματος Φαρμακευτικής μπορεί να προσμετρηθεί στην πρακτική άσκηση που απαιτείται για τη λήψη της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος με την προϋπόθεση εγγραφής των φοιτητών στα Μητρώα Ασκούμενων Φοιτητών Φαρμακευτικής του Τμήματος Φαρμάκων και Φαρμακείων της Περιφέρειας.

Παρακαλούμε για την ενημέρωση των φοιτητών του Τμήματός σας σχετικά με τα ανωτέρω καθώς συχνά παρατηρούνται παραλείψεις στη διαδικασία λόγω ελλιπούς ενημέρωσής τους.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή πληροφορία.

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

ΜΠΡΙΝΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ