

Σύμφωνα με τον οδηγό σπουδών του Τμήματος «...οι φοιτητές, στο 9ο και 10ο εξάμηνο σπουδών, θα κάνουν **πρακτική άσκηση** τουλάχιστον 30 ώρες εβδομαδιαίως συνολικά για 4 τρίμηνα (ένα έτος) κατανεμημένα ως εξής.

α) Έξι (6) μήνες σε φαρμακείο ανοικτό στο κοινό.

β) Τρεις (3) μήνες σε φαρμακείο νοσοκομείου, υπό την εποπτεία της φαρμακευτικής υπηρεσίας αυτού.

γ) Τρεις (3) μήνες σε φαρμακείο ανοικτό στο κοινό ή φαρμακείο νοσοκομείου, ως ανωτέρω, κατ' επιλογή του ενδιαφερομένου.

Η πρακτική αυτή άσκηση γίνεται μετά την περάτωση πανεπιστημιακών σπουδών οκτώ (8) εξαμήνων και αποδεικνύεται σύμφωνα με τα άρθρα 9 και 10 του Ν. 206/1947\*. Ειδικά προκειμένου περί πιστοποιητικού πρακτικής άσκησης των φαρμακοποιών σε φαρμακεία νοσοκομείων, το πιστοποιητικό χορηγείται από τον Διευθυντή φαρμακοποιού του Νοσοκομείου και θεωρείται το γνήσιο της υπογραφής του από τον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου και δεν απαιτείται ένορκη βεβαίωση.»

\*ένορκη βεβαίωση του φαρμακοποιού.

Ακόμη με απόφαση της Συνέλευσης του Τμήματος οι φοιτητές θα πρέπει να έχουν περατώσει τουλάχιστον είκοσι (20) εργαστήρια.

### Επιλογή φορέα

Κάθε φοιτητής/τρια αποκλειστικά με δική του ευθύνη, έρχεται σε αρχική συνεννόηση με τον φορέα (Δημόσιο Νοσοκομείο ή Φαρμακείο), στον οποίο ενδιαφέρεται να ασκηθεί προκειμένου να εξασφαλίσει θέση πρακτικής άσκησης.

### Έναρξη τριμήνου πρακτικής

( η υποβολή των δικαιολογητικών γίνεται ηλεκτρονικά)

**Σε αποκλειστικές προθεσμίες**, οι οποίες ανακοινώνονται από τη Γραμματεία στην ιστοσελίδα του Τμήματος [www.pharm.auth.gr](http://www.pharm.auth.gr), οι φοιτητές υποβάλλουν ηλεκτρονικά αίτηση για έναρξη τριμήνου πρακτικής άσκησης.

Στην ιστοσελίδα του Τμήματος είναι διαθέσιμα κάθε φορά τα απαραίτητα έντυπα, τα οποία θα συμπληρωθούν είτε από τους ίδιους τους φοιτητές είτε από τον φορέα υποδοχής, ανάλογα με το ποιον αφορούν και στη συνέχεια θα αποσταλούν στην ηλεκτρονική δ/νση της Γραμματείας: [info@pharm.auth.gr](mailto:info@pharm.auth.gr),

**τα έντυπα που συμπληρώνουν οι φοιτητές είναι:**

- αίτηση
- υπεύθυνη δήλωση φοιτητή (υπογράφεται **από τον φοιτητή**)
- απογραφικό δελτίο (ημ/νία πρόσληψης-σύμβασης είναι η ημ/νία έναρξης κάθε τριμήνου)

**έντυπο αποδοχής για πρακτική άσκηση – συμπληρώνεται από τον φορέα:**

- υπεύθυνη δήλωση αποδοχής στην περίπτωση που είναι φαρμακείο ανοικτό στο κοινό
- βεβαίωση αποδοχής στην περίπτωση που είναι δημόσιο νοσοκομείο και **εκδίδεται υπηρεσιακά** ( ως εκ τούτου δεν μπορεί να είναι αναρτημένη στην ιστοσελίδα)

Ειδικότερα **μόνο για την έναρξη α' τριμήνου** Πρακτικής Άσκησης **οι φοιτητές** θα πρέπει να καταθέσουν εκτός από τα παραπάνω και

#### - **Βεβαίωση απογραφής άμεσα ασφαλισμένου στο Μητρώο Ασφαλισμένων ΙΚΑ (ΕΦΚΑ)**

Κάθε πρόσωπο που αναλαμβάνει για πρώτη φορά εργασία ασφαλιστέα στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, υποχρεούται να εγγραφεί στο Μητρώο Ασφαλισμένων, προκειμένου να του αποδοθεί ένας μοναδικός Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου.

Για την απογραφή του ο ασφαλισμένος προσέρχεται στο υποκατάστημα ή παράρτημα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του τόπου κατοικίας ή του τόπου απασχόλησης και συμπληρώνει το έντυπο «Αίτηση Απογραφής Άμεσα Ασφαλισμένου», το οποίο υποβάλει μαζί με τα σχετικά ανά περίπτωση δικαιολογητικά (αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο ή πιστοποιητικό γέννησης, επίσημο έγγραφο από το οποίο να προκύπτει ο αριθμός φορολογικού μητρώου πχ αντίγραφο φορολογικής δήλωσης ή βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ και αριθμό ΑΜΚΑ). Στη συνέχεια εκτυπώνεται από το σύστημα ([efka.gov.gr](http://efka.gov.gr)) η «**Βεβαίωση Απογραφής**»\*, που παραδίδεται άμεσα στον ασφαλισμένο.

\***ΠΡΟΣΟΧΗ** να γίνεται έλεγχος ότι η βεβαίωση απογραφής **e-ΕΦΚΑ** περιλαμβάνει/αναγράφει **Α.Μ.Κ.Α., ΑΦΜ και ΑΡΙΘΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΦΚΑ** (παλιότερα λεγόταν ΑΜΙΚΑ).

Οι φοιτητές του Τμήματος της Φαρμακευτικής που κάνουν Πρακτική Άσκηση **ασφαλιζονται με δαπάνη του ΑΠΘ**, για τον κλάδο του εργατικού ατυχήματος και για τον κλάδο παροχών ασθένειας σε είδος και ανήκουν στους **μη μισθωτούς**.

#### Ασφάλιση κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης

- το **Α.Π.Θ. αναλαμβάνει την υποχρέωση** να ασφαλίσει τον ασκούμενο/η κατά κινδύνου ατυχήματος (**επαγγελματικός κίνδυνος**) συνεπώς δεν κάνει ο εργοδότης καμία ενέργεια.
- **ΜΟΝΟ σε περίπτωση που δεν είστε ασφαλισμένοι** για τον κλάδο παροχών ασθένειας σε είδος, άμεσα ή έμμεσα (κλάδος υγείας), ως προστατευόμενα μέλη στους γονείς ή αλλού, θα πρέπει να το δηλώσετε με ΥΔ (βλ. συν/να στις ανακοινώσεις).

#### Όλες οι αιτήσεις θα πρέπει να κατατεθούν εντός της προθεσμίας.

Μπορεί να εκκρεμεί η βεβαίωση αποδοχής του φορέα, η οποία θα πρέπει να αποσταλεί στην Γραμματεία σε εύλογο χρονικό διάστημα από την λήξη της προθεσμίας (1-2 ημέρες) για να μπορέσει στην συνέχεια να εκδοθεί έγκαιρα η σύμβαση πρακτικής.

#### Βεβαίωση πρακτικής άσκησης

Χορηγείται ηλεκτρονικά από τη Γραμματεία μετά από έλεγχο των μαθημάτων (εργαστήρια που έχουν περατωθεί). Η βεβαίωση εκτυπώνεται για:

- τον φορέα της πρακτικής (φαρμακείο/νοσοκομείο)
- την Διεύθυνση Υγείας της Περιφέρειας στην οποία έχει την έδρα του ο φορέας

(κατά περίπτωση μπορεί να ζητηθεί και από το ΙΚΑ (ΕΦΚΑ) για την έκδοση Αριθμού Μητρώου Ασφαλισμένου).

Η αίτηση για έκδοση *βεβαίωσης πρακτικής άσκησης* γίνεται ηλεκτρονικά από την πλατφόρμα [www.students.auth.gr](http://www.students.auth.gr) επιλέγοντας «ΣΕΥ βεβαίωση πρακτικής». Οι ενέργειες θα πρέπει να γίνουν εντός των ημερομηνιών υποβολής δικαιολογητικών για πρακτική άσκηση.

#### Σύμβαση πρακτικής άσκησης

Μετά την ολοκλήρωση κατάθεσης και ελέγχου των αιτήσεων ετοιμάζονται οι συμβάσεις πρακτικής.

Τις συμβάσεις πρακτικής παραλαμβάνουν οι φοιτητές από την Γραμματεία ύστερα από σχετική ανακοίνωση. Εκδίδονται σε τρία αντίτυπα, από ένα ο κάθε συμβαλλόμενος, δηλ. το ΑΠΘ, ο φορέας και ο ασκούμενος.

Ένα αντίτυπο σε πρωτότυπο και υπογεγραμμένο από όλους επιστρέφεται εντός συγκεκριμένης προθεσμίας στη Γραμματεία .

- διακοπή σύμβασης πρακτικής άσκησης δεν γίνεται (αν υφίστανται λόγοι ανωτέρας βίας πρέπει να ενημερωθούν άμεσα η Γραμματεία του Τμήματος και η Δ/νση Υγείας)

#### Υποβολή δικαιολογητικών στη Δ/νση Υγείας για έναρξη πρακτικής

Η πρακτική άσκηση θα πρέπει να δηλωθεί **πριν** από την ημερομηνία έναρξης του κάθε 3μήνου της πρακτικής και στη Διεύθυνση Υγείας στην περιφέρεια της οποίας βρίσκεται ο Φορέας άσκησης. Υποβάλλονται:

- Σχετική αίτηση ( παρέχεται από τη Δ/νση Υγείας)
- Έντυπο αποδοχής φορέα (Βεβαίωση νοσοκομείου ή υπεύθυνη δήλωση φαρμακοποιού)
- Βεβαίωση πρακτικής ( την έχετε παραλάβει από τη Γραμματεία του Τμήματος)
- Τετράδιο 100 φύλλων (ή ενημερωθείτε από την Δ/νση με στην οποία απευθύνεστε)

(για περισσότερες διευκρινίσεις ενημερώνεστε από την Δ/νση Υγείας)

#### Ολοκλήρωση Πρακτικής

- Στο τέλος κάθε τριμήνου πρακτικής ο φορέας οφείλει να βεβαιώσει το χρονικό διάστημα για το οποίο ασκήθηκε ο φοιτητής με:

α) ένορκη βεβαίωση σε δικαστήριο ή συμβολαιογράφο, στην περίπτωση φαρμακείου,  
β) βεβαίωση ολοκλήρωσης πρακτικής άσκησης στην περίπτωση νοσοκομείου  
στα παραπάνω αναγράφεται το ακριβές χρονικό διάστημα άσκησης (έναρξη και λήξη τριμήνου ή τριμήνων).  
Στην περίπτωση που ο φορέας είναι ο ίδιος για περισσότερα από ένα τρίμηνα, μπορεί να εκδοθεί συνολική  
βεβαίωση.

- Η ολοκλήρωση όλων των τριμήνων πρακτικής άσκησης θα πρέπει να δηλωθεί και στην Διεύθυνση Υγείας στην περιφέρεια της οποίας βρίσκεται ο φορέας άσκησης, προσκομίζοντας τις παραπάνω βεβαιώσεις.

Η Δ/ση Υγείας εκδίδει έγγραφο που επικυρώνει την πρακτική άσκηση όταν γίνει η κατάθεση των βεβαιώσεων του φορέα/των φορέων και για τα τέσσερα τρίμηνα πρακτικής. (για τυχόν επιπλέον δικαιολογητικά ενημερώνει η Δ/ση Υγείας)

- Το διάστημα που κατατίθενται στην Γραμματεία του Τμήματος οι αιτήσεις ορκωμοσίας ο κάθε φοιτητής καταθέτει την επικυρωμένη από τη Δ/ση Υγείας βεβαίωση όλων των τριμήνων της Πρακτικής Άσκησης με συνημμένα α) την ένορκη βεβαίωση του φαρμακοποιού και β) την βεβαίωση ολοκλήρωσης πρακτικής άσκησης του νοσοκομείου.

- Για τις αναγκαίες συναλλαγές σας με τις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες ενημερωθείτε για τον τρόπο λειτουργίας τους (φυσική παρουσία, ραντεβού κλπ)

- σχετικά με την καταχώρηση που πρέπει να κάνει ο φαρμακοποιός στο ΠΣ ΕΡΓΑΝΗ

<https://www.pharm.auth.gr/2020/01/17/%ce%b1%ce%bd%ce%b1%ce%ba%ce%bf%ce%af%ce%bd%cf%89%cf%83%ce%b7-%ce%b3%ce%b9%ce%b1-%cf%80-%cf%83-%ce%b5%cf%81%ce%b3%ce%b1%ce%bd%ce%b7-%cf%83%cf%84%ce%bf-%cf%80%ce%bb%ce%b1%ce%af%cf%83%ce%b9%ce%bf-%cf%84/>