



FORMULAR U.S.SH

Emër _____ Atësi _____ Mbiemër _____
Mbiemri mëparshëm _____ Datëlindja ____/____/____ Gjinia: ☐F ☐M
Kombësia: ☐Shqipëtare ☐ _____ Shtetësia: ☐Shqipëtare ☐ _____ Vendlindja: _____
Vendbanimi: _____ Tel/ Cel: _____
E-Mail: _____ Diplomuar në Universitetin _____
Fakulteti _____ më datë ____/____/____ me Nr.diplome/ Nr.Amze _____
dhe me titull diplome _____ Grada shkencore _____
Specializuar për _____ nga Universiteti/Institucioni _____
diplomuar më datë ____/____/____ me numër diplome _____.

☐ Kërkoj të aplikoj për të kryer praktikën profesionale pranë institucionit _____
me adresë _____ nën mbikqyrjen e Dr. _____
nga data ____/____/20____ deri më date ____/____/20____.
Tiranë më ____/____/20____ Emër Mbiemër Firmë _____

☐ Kërkoj të aplikoj për tu liçensuar si mjek/e stomatolog/e.
Tiranë më ____/____/20____ Emër Mbiemër Firmë _____

☐ Kërkoj të aplikoj për tu rilicensuar si mjek/e stomatolog/e në institucionin _____
me adresë _____ në Qytetin e _____
Jam anëtar i Urdhrit të Stomatologut nga viti _____ me Nr.dosje _____ dhe kam paguar kuotat deri më _____
_____ më , ____/____/20____ Emër Mbiemër Firmë _____

Deklaroj në përgjegjësinë time se do të njoh dhe zbatoj Ligjin 127/2014, Statutin e U.S.SH.-shë, Kodin e Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore Stomatologjike, Betimin e Mjekut dhe do t'i respektoj me përpikmëri gjatë veprimtarisë time profesionale duke qënë në përputhje të plotë me këto akte, si dhe me ligjet dhe aktet e tjera që rregullojnë shërbimin Stomatologjik dhe Shëndetësor në Republikën e Shqipërisë.

Shënime për: ☐Gjykime disiplinore ☐Vlerësime, dekorime ☐Data dhe arsyeja e çregjistrimit/ reregjistrimit ☐ Etj.

Përsa deklaroja më sipër mbaj përgjegjësi të plotë për vërtetësinë e tyre dhe jam dakort për vetëdeklarimi.

Emër Mbiemër Firmë

Personeli U.S.SH.