

Tillgodoräknande av arbete på apotek

Du som tidigare har arbetat på öppenvårdsapotek har möjlighet att begära förkortning av praktiken med 1 månad. För beviljande av sådan krävs:

- Arbete motsvarande sammanlagt minst **12 veckor** heltid (480 timmar) på öppenvårdsapotek.
- Av dessa skall minst **8 veckor** ha utförts **efter påbörjat apotekarprogram** och minst **6 veckor** på apotek **i Sverige**.
- Arbetsuppgifterna skall ha varit varierade och innehållit inslag av recepthantering eller egenvårdsrådgivning. Endast kassaarbete och varuhantering är inte tillräckligt.

Om **samtliga** dessa villkor inte uppfylls har du ingen rätt till förkortning. Observera också att även om du beviljas förkortning så måste du uppfylla samma färdighetskrav för att godkännas på kursen. Uppfyller du inte de ställda kraven vid slutet av din förkortade period så kan du komma att underkännas eller erbjudas att förlänga din praktikperiod.

Ansökan steg för steg

1. Fyll i blanketten *Ansökan om tillgodoräknande av arbete på apotek...*
2. Bifoga intyg som styrker ditt arbete på apotek (använd tillhandahållen blankett eller be arbetsgivaren skriva ett eget intyg). Intyget skall innehålla tillräcklig information för att det ska gå att avgöra utan föregående antaganden eller gissningar att de tre villkoren ovan är uppfyllda. Det krävs alltså explicita uppgifter om:
 - **Vem** som har utfört arbetet.
 - **Var** arbetet har utförts.
 - **När** (datum) arbetet har utförts.
 - Hur mycket **arbetstid** det sammanlagt handlar om. Här krävs alltså **period + tjänstgöringsgrad** alternativt **antal arbetstimmar**. Exempel på skrivelser som räcker: *"har arbetat heltid under perioden 2013-05-01–2013-08-31"* eller *"har arbetat vissa kvällar/ helger under perioden 2012-01-01–2013-12-31, sammanlagt 500 timmar".*
 - Vilka **arbetsuppgifter** som har ingått. Var så specifik som möjligt; att recepthantering eller egenvårdsrådgivning har ingått måste framgå **tydligt**.Intyg som bifogas skall vara **i original** eller vidimerade* av två personer (intygen kommer att återsändas dig tillsammans med beslutet). Intyg skall vara utfärdade **efter** genomfört arbete. Om dessa krav inte uppfylls, eller om intygen innehåller otillräcklig information, kommer din ansökan att avslås.
3. Skicka blankett och intyg **senast 2 veckor in på din praktikperiod till:**

"Apotekspraktiken"
Institutionen för farmaci
Uppsala universitet
Box 580
751 23 Uppsala

* Vidimering innebär att någon annan intygar att kopian du skickar in överensstämmer med originalet. Detta görs genom att personen ifråga direkt på kopian (på samtliga sidor med text, ej baksida!) skriver *Vidimeras*: följt av sin *namnteckning, namnförtydligande* samt *adress* eller *telefonnummer*. Den vidimerade kopian är inte giltig om den kopieras igen.

Ansökan skickas till:

“Apotekspraktiken”
Institutionen för farmaci
Uppsala universitet
Box 580
751 23 Uppsala

**Ansökan om tillgodoräknande av arbete på apotek inom apotekarprogrammets kurs
3FS101 Tillämpad apoteksfarmaci med författningar, 30 hp.**

Personuppgifter

Namn		Personnummer	
Postadress			
Postnummer		Postort	
Telefonnummer		Mobiltelefonnummer	
E-post			
Antagen till apotekarprogrammet år		Läser för närvarande (ange termin och kurs)	

Jag bifogar intyg som styrker tidigare arbete på apotek.

Använd tillhandahållen blankett eller intyga de nödvändiga uppgifterna på annat sätt.

Underskrift

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Examinators beslut

Institutionen för farmaci Uppsala universitet	
Examinator har beslutat att	
<input type="checkbox"/> bevilja din ansökan om tillgodoräknande av del av ovannämnd kurs inom apotekarprogrammet med _____ hp. Din praktik förkortas med ___ månad(er).	
<input type="checkbox"/> avslå din ansökan om tillgodoräknande av del av ovannämnd kurs då bifogade intyg inte styrker en förkortning av praktiken enligt den policy som föreligger inom apotekarprogrammet.	
Enligt uppdrag	
Ort och datum	Underskrift/namnförtydligande

