

.....
imię i nazwisko

.....
e-mail

.....
telefon

.....
Miejsce realizacji szkolenia specjalizacyjnego

.....
Nr PWZ



.....
miejscowość, data

.....
(nazwa/adres placówki)

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego/częstkowego w zakresie do specjalizacji w dziedzinie
w terminie od od/...../..... * do/...../.....
(dzień/miesiąc/rok) (dzień/miesiąc/rok)
w Oddziale/Poradni/Pracowni..... w.....

Uprzejmie proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....
**Pamiętaj, aby termin rozpoczęcia stażu został wyznaczony z co najmniej 14-dniowym wyprzedzeniem od złożenia podania.*

.....
Wypełnia Opiekun:

Opiekunem stażu kierunkowego/częstkowego z ramienia jednostki przyjmującej będzie:

.....

Oświadczam, że:

- ☐ lekarz nie będzie miał styczności, w trakcie realizacji stażu kierunkowego/częstkowego, z małoletnim pacjentem
- ☐ lekarz będzie miał styczność, w trakcie realizacji stażu kierunkowego/częstkowego, z małoletnim pacjentem

.....
Akceptacja i podpis opiekuna

.....
Pozostałe akceptacje