

.....
Miejscowość

data

.....
Imię i nazwisko kierownika specjalizacji

.....
.....
.....
.....
.....
Nazwa jednostki i komórki specjalizującej
lub pieczętka nagłówkowa

**Wojewoda Kujawsko-Pomorski
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki
w Bydgoszczy**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na przedłużenie czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego (dotyczy osób zakwalifikowanych od postępowania 1- 31.10.2011 r.)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przedłużenie czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego realizowanego w trybie pozarezydenckim

lek.

w dziedzinie

do dnia

Uzasadnienie:

.....

.....

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

WYMAGANE ZGODY:

1.
(opinia, podpis i pieczętka konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny)

2.
(opinia, podpis i pieczętka dyrektora jednostki szkolącej)

3.
(opinia, podpis i pieczętka kierownika kliniki/ordynatora oddziału)