

.....
Miejscowość

.....
data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

**Dyrektor Wydziału Zdrowia
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki
w Bydgoszczy**

INFORMACJA

o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego (tryb pozarezydencki) (dotyczy osób zakwalifikowanych przed postępowaniem 1- 31.10.2011 r.)

Uprzejmie informuję o przedłużeniu/kolejnym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego realizowanego w trybie pozarezydenckim w dziedzinie.....
do dnia

Uzasadnienie:

Jednocześnie proszę o naniesienie zmian w dokumentacji szkolenia specjalizacyjnego.

.....
(podpis i pieczęć)

ZALĄCZNIKI:

1. Kopia pierwszej i drugiej strony karty szkolenia specjalizacyjnego (uzupełniona o niezbędne wpisy oraz podpisy kierownika specjalizacji i kierownika jednostki szkolącej).
2. Kopia Decyzji Ministra Zdrowia (jeżeli była wydana).