

.....
Miejscowość

.....
data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

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

WNIOSEK

o zmianę miejsca odbywania specjalizacji z innego województwa (lub z MON i MSW)

Zwracam się z prośbą o zmianę miejsca odbywania specjalizacji w dziedzinie

.....
(nazwa i tryb odbywanej specjalizacji)

.....
(data rozpoczęcia specjalizacji)

Uzasadnienie zmiany miejsca:

Jednostka organizacyjna prowadząca dotychczas specjalizację:

Jednostka organizacyjna, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację:

od dnia

.....
(podpis i pieczętka wnioskującego)

WYMAGANE ZGODY:

1.
(opinia, podpis i pieczętka konsultanta wojewódzkiego woj. kujawsko-pomorskiego w danej dziedzinie medycyny)

2.
(opinia, podpis i pieczętka dyrektora jednostki, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację)

3.
(opinia, podpis i pieczętka kierownika kliniki/ordynatora oddziału jednostki, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację)