

.....
Miejscowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

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

**INFORMACJA
o zmianie kierownika specjalizacji**

Uprzejmie informuję o zmianie kierownika specjalizacji w dziedzinie

.....
Od dnia kierownikiem specjalizacji został(a).....
.....

Jednocześnie proszę o naniesienie zmian w dokumentacji szkolenia specjalizacyjnego.

.....
(podpis i pieczęć)

WYMAGANE ZGODY:

1.
(opinia, podpis i pieczęć dyrektora jednostki szkolącej)

2.
(opinia, podpis i pieczęć kierownika kliniki/ordynatora oddziału)

3.
(opinia, podpis i pieczęć nowego kierownika specjalizacji)