

**POTWIERDZENIE KONTYNUACJI SPECJALIZACJI**  
 (po wypełnieniu prosimy o dostarczenie do Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych)

**PO ZMIANIE:**

*jednostki szkolącej, komórki organizacyjnej, trybu odbywania specjalizacji, kierownika specjalizacji*  
 (właściwe podkreślić)

Potwierdzam **kontynuację** przez Pana / Panią .....  
 specjalizacji w dziedzinie.....

z dniem ..... w trybie: rezydentura - Art. 16h ust. 1  
 pozarezydentenckim - Art. 16h ust. 2 pkt. ....

Jednostka / komórka organizacyjna prowadząca specjalizację .....  
 .....  
 .....

**DOTYCZY KIEROWNIKA SPECJALIZACJI:**

*Imię i nazwisko kierownika specjalizacji*

.....

PESEL .....

*Stanowisko kierownika specjalizacji (właściwe zaznaczyć):*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| 1. Profesor zwyczajny    | 8. Asystent                                    |
| 2. Profesor nadzwyczajny | 9. Starszy asystent                            |
| 3. Profesor uczelniany   | 10. Ordynator                                  |
| 4. Adiunkt habilitowany  | 11. Ordynator – kierownik kliniki              |
| 5. Adiunkt               | 12. Ordynator – kierownik oddziału klinicznego |
| 6. Wykładowca            | 13. Zastępca ordynatora                        |
| 7. Starszy wykładowca    | 14. Inne                                       |

*1. Nazwa posiadanej specjalizacji przez kierownika specjalizacji, stopień, rok uzyskania:*

*2. Nazwa posiadanej specjalizacji przez kierownika specjalizacji, stopień, rok uzyskania:*

.....

*3. Nazwa posiadanej specjalizacji przez kierownika specjalizacji, stopień, rok uzyskania:*

.....

.....  
 podpis i pieczętka  
 Dyrektora Jednostki Szkolącej

.....  
 podpis i pieczętka funkcyjna  
 Kierownika Kliniki / Ordynatora Oddziału

.....  
 podpis i pieczętka lekarska  
 Kierownika Specjalizacji