

**WNIOSEK  
DO MINISTRA ZDROWIA  
O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE SPECJALIZACJI  
W DZIEDZINIE.....**

1. Imię i nazwisko:.....
2. Obywatelstwo\*:.....narodowość.....
3. Data i miejsce urodzenia:.....
4. Kraj stałego zamieszkania:.....
5. Seria i numer paszportu:.....
6. Nr karty czasowego pobytu w RP /ew. wizy/.....  
wydanej przez.....dnia.....
7. Dokładny adres zamieszkania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej  
.....telefon  
służbowy.....domowy.....
8. Tytuł zawodowy.....
9. Nazwa, data i nr dyplomu.....
10. Numer i data otrzymania zaświadczenia o uznaniu dyplomu za równoważny z dyplomem  
ukończenia uczelni medycznej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.....  
wydanego przez.....
11. Data ukończenia stażu podyplomowego.....
12. Data decyzji Ministra w sprawie uznania stażu odbytego za granicą.....
13. Data złożenia lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego egzaminu państwowego  
(LEP/LDEP).....ocena.....
14. Data i nr prawa /ograniczonego / wykonywania zawodu lekarza / lekarza  
stomatologa.....wydanego  
przez.....ważnego do.....
15. Członek okręgowej /wojskowej izby lekarskiej w.....  
nr rejestracyjny.....
16. Studia doktoranckie.....
17. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr dyplomu, podmiot wydający)  
.....  
.....

\* należy podać wszystkie posiadane

18. Posiadany stopień naukowy..... tytuł  
pracy doktorskiej, habilitacyjnej.....

19. Przynależność do medycznych towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa  
naukowego).....

20. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej i uzasadnienie wniosku.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskującego)

**WYRAŻAM ZGODĘ NA ODBYCIE SPECJALIZACJI**

**PRZEZ PANIĄ/PANA.....**  
(imię i nazwisko)

**w dziedzinie.....od.....**  
**w ramach posiadanych wolnych miejsc szkoleniowych na warunkach:**  
**(właściwe podkreślić)**

- **odpłatności dewizowej**
- **„bez świadczeń”**
- **stypendium RP**

**W.....**  
(nazwa komórki organizacyjnej – szpitala klinicznego/instytutu stomatologii AM)  
**Kierownik Kliniki (data, podpis, pieczęć) Dyrektor jednostki:**

Załączniki:

- kopia karty czasowego pobytu na terenie RP (ew. kopia wizy na terenie RP),
- kopia paszportu,
- kopia prawa wykonywania zawodu;
- zaświadczenie o ukończonym stażu podyplomowym (ew. zaświadczenie o złożonym egzaminie końcowym wraz z oceną).
- dyplom posiadanych specjalizacji (stopni naukowych),
- opinie zawodowe i rekomendacje.