…………………………….................... …………………........…………

(nazwisko i imię) (miejscowość, data)

………………………………………………

………………………………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………………………….

(telefon kontaktowy)

**Oddział Zdrowia Publicznego**

**Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego**

**w Rzeszowie**

**WNIOSEK**

o zmianę miejsca odbywania specjalizacji w obrębie województwa podkarpackiego

Zwracam się z prośbą o zmianę miejsca/trybu odbywania specjalizacji

w zakresie …………………………………………………………………………………………...

(nazwa dziedziny , tryb odbywania specjalizacji, postępowanie kwalifikacyjne))

………………………………………………………………………………………………….........

Jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację …………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….........

Nowa jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację …………………………………….........

………………………………………………………………………………………………….........

……………………………………………………………………………………………………….

od dnia ……………………………………………..

Uzasadnienie ………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….........

…………………………………………..

(podpis i pieczątka wnioskującego)

…………………………………………… …………………………………………….  
 (opinia i podpis Kierownika Kliniki/Ordynatora Oddziału) (opinia i podpis Dyrektora jednostki akredytacyjnej)

Do wniosku proszę dołączyć kserokopię 1 i 2 stronę karty specjalizacyjnej

Nie dotyczy lekarzy / lekarzy dentystów, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne po postępowaniu   
kwalifikacyjnym 1-31.10.2017 r.