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

 (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.