

Gdańsk, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
nr telefonu

.....  
e-mail

**Wojewoda Pomorski**  
**Pomorski Urząd Wojewódzki**  
**ul. Okopowa 21/27**  
**80-810 Gdańsk**

Proszę składać za pośrednictwem:

Wydziału Zdrowia – Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego  
Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku

skan wypełnionego i potwierdzonego wniosku proszę przesłać wyłącznie w wersji elektronicznej  
na adres poczty elektronicznej: **wz\_szkolenia@gdansk.uw.gov.pl**  
potwierdzony przez wojewodę wniosek zostanie przesłany zwrótnie wnioskodawcy na adres e-mail

**Wniosek**  
**o dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego przez wojewodę**

dziedzina .....

okres szkolenia specjalizacyjnego od dnia ..... do dnia ..... sesja .....

przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego do dnia .....

Zgodnie z art. 45 ust.3-5 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 2125 z późn.zm.) proszę o wyrażenie zgody na dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego.

Przyczyna przedłużenia:

.....  
.....  
.....

.....  
(podpis i pieczętka wnioskodawcy)

Zgoda kierownika specjalizacji

Zgoda Pełnomocnika Rektora  
ds. specjalizacji diagnostów laboratoryjnych

Opinia konsultanta wojewódzkiego  
(w szczególnie uzasadnionym przypadku)

.....  
(pieczętka i podpis)

.....  
(pieczętka i podpis)

.....  
(pieczętka i podpis)

---

Wyrażam zgodę na dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego

Wojewoda Pomorski

Gdańsk, dnia .....

.....  
(pieczętka i podpis)

powyższą zgodę należy załączyć do Elektronicznej Karty Przebiegu Szkolenia Specjalizacyjnego (EKS)  
w zakładce Adnotacje → Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego  
oraz wpisać datę przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego