

.....
imię i nazwisko
.....
adres zamieszkania
.....
nr telefonu
.....
e-mail

Gdańsk, dnia

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 zmianę miejsca odbywania specjalizacji

dziedzina
okres szkolenia specjalizacyjnego od dnia do dnia tryb
przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego od dnia

Dotychczasowa jednostka szkoląca:

.....
.....

Nowa jednostka szkoląca:

.....
.....

.....
(podpis i pieczętka wnioskodawcy)

Zgoda Kierownika nowej jednostki szkolącej

.....
(pieczętka i podpis)

Opinia właściwego Konsultanta
Wojewódzkiego z terenu woj. pomorskiego
(wymagana w przypadku przeniesienia specjalizacji z innego województwa)

.....
(pieczętka i podpis)