Opole, dnia …………..………

*………………………………………………………………………..*

*Imię i nazwisko*

*………………………………………………………………………..*

*Adres*

*…………………………………………………………………………*

*Dane kontaktowe e-mail, tel. kom.*

*…………………………………………………………………………*

*Dziedzina medycyny i tryb odbywanej specjalizacji*

EKS papierowa karta specjalizacji 

**Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14  
45-082 Opole**

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA**

**(zmiana województwa)**

Wnoszę o zmianę miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego z:

…………………………………………………………………………………………………………………  
(nazwa jednostki szkolącej oraz **data zakończenia** stosunku pracy w tej jednostce)

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

**do:** ………………………………………………….………………………………………………………….   
 (nazwa jednostki szkolącej oraz **data rozpoczęcia** pracy w tej jednostce)  
  
……………………………………………………………………………………………………………

od dnia: ……………….……., z przerwą od…………… do …………….. (max 14 dni)

Uzasadnienie : …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że moja karta specjalizacji zawiera wszystkie wymagane wpisy potwierdzające realizację programu szkolenia specjalizacji w dotychczasowej jednostce szkoleniowej \*)

*…………………………………………*

*Podpis Wnioskodawcy*

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

*Zgoda / Podpis Konsultanta wojewódzkiego Zgoda/ Podpis Kierownika jednostki, Podpis Ordynatora Oddziału w jednostce dla województwa opolskiego w której lekarz będzie kontynuował specjalizację*

\*) Brak wymaganych wpisów w karcie specjalizacji w dacie przeniesienia będzie skutkować cofnięciem zgody na zmianę jednostki szkoleniowej.

**Uwaga: Lekarz obowiązany jest dostarczyć do OUW kopię świadectwa pracy z jednostki, z której nastąpi przeniesienie.**

**Akceptacja Dyrektora WZ lub osoby upoważnionej**

…………………………………… ………………………………….………   
Data i Podpis Data i Podpis pracownika dokonującego zmiany w SMK