

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
PWZ

.....  
adres

.....  
telefon

.....  
e-mail

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

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO  
(specjalizacja rozpoczęta)**

Oświadczam, że z dniem..... złożyłem/złożyłam rezygnację

w .....(pełna nazwa jednostki

szkolącej) gdyż rezygnuję z odbywania specjalizacji w dziedzinie .....

i tym samym zaprzestaję odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Proszę o wykreślenie mnie z rejestru

diagnostów laboratoryjnych odbywających szkolenie specjalizacyjne na terenie województwa

pomorskiego.

.....  
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)