

.....  
(miejsowość, data)

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres

.....  
Nr PWZ

.....  
Telefon

.....  
e-mail

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

*składać za pośrednictwem  
Wydziału Zdrowia – Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego  
Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku*

### **OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z PODJĘCIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

Oświadczam, że rezygnuję z rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie.....  
i tym samym informuję o niepodjęciu przeze mnie szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy  
od dnia wskazanego jako dzień rozpoczęcia tego szkolenia na skierowaniu. Proszę o wykreślenie mnie  
z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na terenie województwa pomorskiego.

.....  
(podpis wnioskującego)