

.....
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko:

Adres do korespondencji:

.....

Elektroniczna skrzynka podawcza:

.....

Nr PWZ

Wojewoda Mazowiecki
(za pośrednictwem Dyrektora Wydziału Zdrowia
Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie)

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Świadoma/y, korzystająca/y z pełni praw cywilnych i obywatelskich oraz uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego: *Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8*, 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 w myśl zapisów art. 16o ust. 1 pkt. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
- proszę o wykreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne oraz wyrażam zgodę na wydanie przez Wojewodę Mazowieckiego decyzji w tej sprawie zgodnie z art. 16o ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego,
- jestem świadoma/y uprawnień, wynikających z art. 10 k.p.a., polegających na prawie czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszenia żądań w sprawie,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu skreślenia mnie z rejestru specjalizujących się, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) oraz zgodnie klauzulą informacyjną zawartą poniżej.

Załączniki:

1.
2.
3.

.....
(podpis i pieczęć)