………………..……..……………………. ………...………

Imię i nazwisko Data

………………………………………………

Adres

………………………...……………………

Dziedzina medycyny

………………………….…..……………..   
Telefon kontaktowy i adres e-mail

EKS papierowa karta specjalizacji 

**WNIOSEK O ZMIANĘ TRYBU ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NA TRYB REZYDENCKI ALBO TRYB POZAREZYDENCKI**

na podstawie art. 16l ust. 3 w związku z art. 16c ust. 17f ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.   
o zawodach lekarza i lekarza dentysty

**Opolski Urząd Wojewódzki**

**Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14**

**45-082 Opole**

Uprzejmie proszę o zmianę trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego   
z trybu ………………………….. na tryb ……………………………. w związku   
z zakwalifikowaniem do odbywania szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa opolskiego w dziedzinie ………………..………… w trybie ……….……….…….….........   
w postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w terminie   
  
………………………………………………………………………...………………………………….

(1-31 października lub 1-31 marca)

Tryb rezydencki od………………………….do……………..…..…………………….  
 *(data) (data)*

Tryb pozarezydencki od………………………….do……………………….……..….  
 *(data) (data)*

Z przerwą od …………………….……. do ………………………….. (max 14 dni)

……………………………………………………….  
 (*data, podpis i pieczątka lekarza- wnioskodawcy)*

…………………….…………………………………………….  
*data, podpis i pieczątka kierownika specjalizacji (zgoda)*

…………………….…………………………………………….  
*data podpis i pieczątka dyrektora szpitala (zgoda)*