………………..……..……………………. ………...………

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)*