**ZAŁĄCZNIK DO ELEKTRONICZNEGO WNIOSKU O ODBYWANIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

………………………………………………..…………………..

(stopień wojskowy, imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

…………………………………………………………………………………..

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………..

(adres do korespondencji)

…………………………………………

(numer telefonu)

…………………………………………

(e-mail)

1. **OPINIA ODPOWIEDNIO PRZEŁOŻONYCH SŁUŻBOWYCH LUB PRACODAWCY**

1) ………………………………………….…………. ……………… dnia ……………………….

(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)

………………………………………………………..

(podległość pod rodzaj Sił Zbrojnych)

…………………………………………………..……

(tel./fax)

**Popieram wniosek/nie popieram wniosku[[1]](#footnote-1)** o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….……………

(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko

kierownika jednostki organizacyjnej)

2) ………………………………………….…………. ……………… dnia ………………………...

(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)

**Popieram wniosek/nie popieram wniosku1** o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

……………………………………………………………………………………………………………….……...

…………………………………………….……………..

(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko

kierownika jednostki organizacyjnej)

3) ………………………………………….…………. ……………… dnia …………………………

(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)

**Popieram wniosek/nie popieram wniosku1** o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………….…………..

(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko

kierownika jednostki organizacyjnej)

1. **OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ**

Dotyczy lekarzy, którzy odbywają staż podyplomowy w podmiotach leczniczych MON i starają się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego przed objęciem pierwszego stanowiska służbowego w Jednostce Wojskowej, do której zostali wyznaczeni na stanowisko służbowe, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie trybu wyznaczania żołnierzy zawodowych na stanowiska służbowe i zwalniania z tych stanowisk (Dz. U. poz. 431).

………………………………………….…………… ……………… dnia ………………………….

( pieczęć nagłówkowej jednostki organizacyjnej)

………………………………………………………..

(podległość pod rodzaju Sił Zbrojnych)

…………………………………………………..……

(tel./fax)

……………………………………………………………………………………………………………….……..

Pana/i ……………………………………………………………………………………………………..

(stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

…………………………………………….……….

(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko

kierownika jednostki organizacyjnej)

1. **OPINIA SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA WŁAŚCIWEGO RODZAJU SIŁ ZBROJNYCH   
   W ZAKRESIE JEDNOSTEK PODLEGŁYCH[[2]](#footnote-2)**

………………………………………………………………………………………………………………………

……..………………………………………………

(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko)

1. **ZGODA KIEROWNIKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ URZĘDU OBSŁUGUJĄCEGO MINISTRA OBRONY NARODOWEJ REALIZUJĄCEJ ZADANIA Z ZAKRESU SPRAW PODMIOTÓW LECZNICZYCH UTWORZONYCH I NADZOROWANYCH PRZEZ MON NA ODBYCIE SZKOLENIA SPECJALZIACYJNEGO[[3]](#footnote-3)**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………….. ………………………………….………………………

(data) (z upoważnienia Ministra Obrony Narodowej podpis i pieczęć)

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. W zależności od podległości jednostki wojskowej lekarza i lekarza dentysty [↑](#footnote-ref-2)
3. Celem uzyskania zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego oryginał dokumentu należy przesłać do Dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, który będzie rozpatrzony po złożeniu elektronicznego wniosku za pomocą SMK [↑](#footnote-ref-3)