Wrocław, dnia ……………………………

……………………..…………………………

*Imię i nazwisko*

…………………………………………………

*Adres*

…………………………………………………

*Dane kontaktowe e-mail, tel. kom.*

……………………………………………….…

*Dziedzina medycyny - tryb odbywanej specjalizacji*

**Dyrektor**

**Wydziału Zdrowia**

Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego

we Wrocławiu

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA**

**(przeniesienie specjalizacji w ramach województwa dolnośląskiego)**

Wnoszę o zmianę miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego z:

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

do: ……………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………..………

od dnia: …………… z przerwą od …..………… do ………….…….. (max 14 dni)

Data rozpoczęcia specjalizacji: ………………………………

Uzasadnienie : ………………………………………………………………………………………………………………..

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

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

Oświadczam, że moja karta specjalizacji zawiera wszystkie wymagane wpisy potwierdzające realizację programu szkolenia specjalizacji do dnia przeniesienia \*)

………………………………………

Podpis Wnioskodawcy

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

Zgoda Kierownika jednostki do której nastąpi przeniesienie (podpis) Zgoda Kierownika Kliniki/ Oddziału (podpis)

\*) Brak wymaganych wpisów w karcie specjalizacji w dacie przeniesienia będzie skutkować cofnięciem zgody na zmianę jednostki szkoleniowej.

**Uwaga: Przed wydaniem skierowania do nowej jednostki lekarz obowiązany jest dostarczyć zaświadczenie potwierdzające termin ustania zatrudnienia w jednostce, z której nastąpi przeniesienie.**