………………………

Znak pisma oraz pieczątka podmiotu leczniczego data

 **Opolski Urząd Wojewódzki**

 **Wydział Zdrowia**

 **ul. Piastowska 14**

 **45-082 Opole**

W związku z rozwiązaniem z dniem ……………. umowy o pracę z lekarzem

 (data)

rezydentem ………………….. odbywającym szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

 (imię i nazwisko)

 ……………………., informuję o okresie pobierania zwiększonego wynagrodzenia

(dziedzina medycyny)

zasadniczego tj. **od dnia ……….………. do dnia …………………..,** zgodnie z art. 16j
 (data) (data)

ust. 2f pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Informuję o nieobecnościach w pracy lekarza ……………………..w czasie pobierania

 (imię i nazwisko)

zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, wynikających z art. 16l ust. 1 i 2 cytowanej ustawy:

od dnia **……………..** do dnia **…………………..** liczba dni **………..………**

od dnia **…………….** do dnia **………………..** liczba dni **………….….……**

od dnia **……………..** do dnia **……………….** liczba dni **…………….……**

 **liczba dni razem: ………………….**

 ……………………………………………

  *(Podpis i pieczątka Dyrektora podmiotu leczniczego)*

**UWAGA:**

Do niniejszego pisma należy załączyć kopię świadectwa pracy lekarza rezydenta, który pobierał zwiększone wynagrodzenie zasadnicze.