…………………………………………..

 miejscowość i data

………………………………………………….

imię i nazwisko

……………………………………………………………………...

telefon kontaktowy

………………………………………………………………….....

adres email

………………………………………………………………………

miejsce odbywania specjalizacji

………………………………………………………………………

adres email adres jednostki

 **Pan**

**prof. dr hab. n. med. Piotr Suwalski**

 **Dyrektor**

 **Państwowego Instytutu Medycznego**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**

**ul. Wołoska 137**

**02-507 Warszawa**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego w …………………………………………………… Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z zakresu ………………………………………………………… w ramach specjalizacji z ………………………………………………… w terminie od dnia …………………………………. do dnia ………………………………….

 ………………………………………………………..

 podpis osoby ubiegającej się o staż

………………………………………………………………

 zgoda kierownika specjalizacji

 …………………………………………………..

 zgoda kierownika komórki organizacyjnej Państwowego Instytutu Medycznego

 MSWiA