

.....
Imię i Nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
Adres

.....
Telefon

Wojewoda Łódzki

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Oświadczam, że rezygnuję z odbywania specjalizacji w dziedzinie i tym samym zaprzestaję odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Proszę o wykreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na terenie województwa łódzkiego.

Załączniki:

(np. zaświadczenie o rozwiązaniu umowy, orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań itp.)

1.....

2.

.....
podpis wnioskującego

W PRZYPADKU REZYGNACJI ZE SPECJALIZACJI W TRYBIE REZYDENTURY: (zaznacz właściwe):

I. Rezygnuję ze specjalizacji odbywanej w trybie rezydentury ze względu na:

- 1) zmianę szkolenia specjalizacyjnego na szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim:
 - a) innym module podstawowym / jednolitym przed upływem pierwszych 12 miesięcy,
 - b) tym samym module podstawowym i mam zrealizowany i zaliczony moduł podstawowy właściwy dla szkolenia specjalizacyjnego, które rozpocznę;
- 2) posiadanie orzeczenia lekarskiego o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania specjalizacji wydane przez lekarza medycyny pracy;

II. Oświadczam, że:

- 1) podczas specjalizacji, z której rezygnuję:
 - a) pobierałam/em zwiększone wynagrodzenie zasadnicze
 - b) nie pobierałam/em zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego;
- 2) po rozpoczęciu kolejnej specjalizacji w ramach rezydentury:
 - a) złożę deklarację pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego
 - b) nie złożę deklaracji pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego.

.....
podpis wnioskującego