|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………… |
| Imię i Nazwisko | Miejscowość, data |
| ……………………………………………………………………… |  |
| PWZ |  |
| ……………………………………………………………………… |  |
| Adres |  |
| ……………………………………………………………………… |  |
| Telefon |  |
| ……………………………………………………………………… |  |
| e-mail |  |

**Wojewoda Pomorski**

**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 pomorskiego.

Rozwiązanie umowy nastąpi z dniem………………………………………………………………..

Załączniki:[[1]](#footnote-1)

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

………………………………………………..…………

Podpis i pieczątka wnioskującego

**W PRZYPADKU REZYGNACJI ZE SPECJALIZACJI W TRYBIE REZYDENTURY:[[2]](#footnote-2)**

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

1) zmianę szkolenia specjalizacyjnego na szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim:

a) o innym module podstawowym/jednolitym przed upływem pierwszych 12 miesięcy,

b) o 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;

3) skreślenie w trybie art. 16o ust. 4 ustawy

**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

3) planowana data podjęcia nowego szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury:……………………………………….

………………………………………………..…………

Podpis i pieczątka wnioskującego

1. np. zaświadczenie o rozwiązaniu umowy, świadectwo pracy, orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań [↑](#footnote-ref-1)
2. podkreśl właściwe [↑](#footnote-ref-2)