.................................................. ……………………….. dnia ……………………

(Imię i Nazwisko lekarza)

……………………………………

(adres)

……………………………………

(telefon kontaktowy)

**Wniosek do Wojewody Opolskiego**

**o udostępnienie miejsca szkoleniowego w jednostce akredytowanej**   
do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa opolskiego

na podstawie art. 16c ust. 17a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w:

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

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

(Nazwa i adres jednostki szkolącej)

Pana/Pani …………………………………………………………………………………………………………....

Zakwalifikowanemu/nej na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie …………………………….....

……………………………………… w trybie …………………………………………………............

w postępowaniu kwalifikacyjnym w sesji \*) Wiosna/Jesień 20…….. roku

w województwie ……………………………………………………………………………………......

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

(Podpis kierownika Oddziału/ (Podpis kierownika jednostki szkolącej)

Ordynatora Oddziału)

**Potwierdzenie wolnego miejsca szkoleniowego w ww. jednostce przez Opolski Urząd Wojewódzki:**

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

(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej, data) (Podpis wnioskodawcy)

**UWAGA:** Niniejsza zgoda ma charakter wstępny i nie jest wiążąca dla urzędu wojewódzkiego na terenie którego lekarz został zakwalifikowany. Ostateczna zgoda na udostępnienie miejsca szkoleniowego zostanie udzielona po wystąpieniu przez właściwy urząd wojewódzki (województwa   
w którym lekarz został zakwalifikowany na specjalizację) z wnioskiem do Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego o udostępnienie miejsca szkoleniowego na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. art. 16c ust. 17a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

**\*) zaznacz właściwą**