Opole, dnia …………………………………

…………………………………………

*Imię i nazwisko*

…………………………………………

*Adres*

…………………………………………

*Dane kontaktowe e-mail, tel. kom.*

…………………………………………

*Dziedzina medycyny - tryb odbywanej specjalizacji*

EKS papierowa karta specjalizacji 

**Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14
45-082 Opole**

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA**

**(zmiana JEDNOSTKI w ramach województwa opolskiego)**

Wnoszę o zmianę miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego **z:**

………………………………………………………………………………………………………………
(nazwa jednostki szkolącej oraz **data zakończenia** stosunku pracy w tej jednostce)

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

**do:** ……………………………………………………………………………………………………….
 (nazwa jednostki szkolącej oraz **data rozpoczęcia** pracy w tej jednostce)

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

od dnia: …………… z przerwą od…..………… do ………….…….. (max 14 dni)

Uzasadnienie : ……………………………………………………………………………………………………………..

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

Oświadczam, że moja karta specjalizacji zawiera wszystkie wymagane wpisy potwierdzające realizację programu szkolenia specjalizacji do dnia przeniesienia \*)

………………………………………

(Podpis Wnioskodawcy)

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

(Podpis Kierownika jednostki do której nastąpi przeniesienie) (Podpis Ordynatora / Kierownika Oddziału )

\*) Brak wymaganych wpisów w karcie specjalizacji w dacie przeniesienia będzie skutkować cofnięciem zgody na zmianę jednostki szkoleniowej.

**Uwaga: Lekarz obowiązany jest dostarczyć do OUW kopię świadectwa pracy z jednostki, z której nastąpi przeniesienie.**

**Akceptacja Dyrektora WZ lub osoby upoważnionej**

…………………………………… ……………………………………… Data i Podpis Data i Podpis pracownika dokonującego zmiany w SMK