………………..……..……………………. ……………

Imię i nazwisko Data

………………………………………………

Adres

………………………...……………………

Dziedzina medycyny

………………………….…..……………..   
Telefon kontaktowy i adres e-mail

EKS nr……………………….…………………….

**WNIOSEK O WERYFIKACJĘ ROZSTRZYGNIĘCIA O ODMOWIE POTWIERDZENIA ZAKOŃCZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

**Opolski Urząd Wojewódzki**

**Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14**

**45-082 Opole**

Na podstawie art. 16r ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wnioskuję o weryfikację rozstrzygnięcia o odmowie potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego

**Uzasadnienie:**  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………….  
 (*data, podpis i pieczątka lekarza- wnioskodawcy)*

…………………….…………………………………………….  
*Data podpis i pieczątka konsultanta wojewódzkiego (zgoda)*

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

*Akceptacja Dyrektora WZ*