………………..……..……………………. ……………

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*