

.....
imię i nazwisko
.....
adres zamieszkania
.....
nr telefonu
.....
e-mail

Gdańsk, dnia

Wojewoda Pomorski
Pomorski Urząd Wojewódzki
ul. Okopowa 21/27
80-810 Gdańsk

Proszę składać za pośrednictwem:

Wydziału Zdrowia – Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego
Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gdańsku

skan wypełnionego i potwierdzonego wniosku proszę przesłać wyłącznie w wersji elektronicznej
na adres poczty elektronicznej: **wz_szkolenia@gdansk.uw.gov.pl**
potwierdzony przez wojewodę wniosek zostanie przesłany zwrótnie wnioskodawcy na adres e-mail

Wniosek
o dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego przez wojewodę

dziedzina

okres szkolenia specjalizacyjnego od dnia do dnia sesja

przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego do dnia

Zgodnie z art. 55 ust.4-6 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2024 r. poz.676 z późn.zm.) proszę o wyrażenie zgody na dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego.

Przyczyna przedłużenia:

.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczętka wnioskodawcy)

Zgoda kierownika specjalizacji

Zgoda kierownika jednostki szkolącej

Opinia konsultanta wojewódzkiego
(w szczególnie uzasadnionym przypadku)

.....
(pieczętka i podpis)

.....
(pieczętka i podpis)

.....
(pieczętka i podpis)

Wyrażam zgodę na dodatkowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego

Wojewoda Pomorski

Gdańsk, dnia

.....
(pieczętka i podpis)

powyższą zgodę należy załączyć do Elektronicznej Karty Przebiegu Szkolenia Specjalizacyjnego (EKS)
w zakładce Adnotacje → Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego
oraz wpisać datę przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego