

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
Adres

.....  
Tel.

**Wojewoda Łódzki  
ul. Piotrkowska 104  
90-926 Łódź**

Zwracam się z prośbą o zmianę, od dnia ..... miejsca odbywania szkolenia  
specjalizacyjnego w dziedzinie.....

w trybie .....  
(rezydentura, pozarezydentcki)

Z .....  
(nazwa dotychczasowej jednostki szkolącej)

na .....  
(nazwa nowej jednostki szkolącej)

Data zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego: .....

Uzasadnienie wniosku: .....

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

.....  
podpis wnioskującego

.....  
podpis kierownika nowej jednostki szkoleniowej

.....  
podpis kierownika kliniki/ordynatora oddziału nowej jednostki  
szkoleniowej

**Załączniki:** *(dotyczy wyłącznie lekarzy posiadających papierową kartę szkolenia specjalizacyjnego)*

- kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (strona 1 i 2) uzupełniona w punkcie dotyczącym przedłużenia czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego oraz o wpis kierownika specjalizacji o zaliczeniu dotychczas zrealizowanego szkolenia specjalizacyjnego