………………..……..……………………. ………

Imię i nazwisko Data

………………………………………………

Adres

………………………...……………………

Dziedzina medycyny

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

EKS papierowa karta specjalizacji 

**WNIOSEK O ZMIANĘ TRYBU ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
I PRZEDŁUŻENIE SZKOLENIA**

 **Opolski Urząd Wojewódzki**

**Wydział Zdrowia**

 **ul. Piastowska 14**

 **45-082 Opole**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim w dziedzinie………………………………….. do dnia …………………………….. oraz zmianę trybu odbywania specjalizacji z rezydenckiego na pozarezydencki na podstawie umowy wynikającej z art. 16h ust. 2 ustawy z dnia
5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..
*(wybrany rodzaj umowy).*

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

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

Tryb rezydencki od………………………….do……………..…..…………………….
 *(data) (data)*

Tryb pozarezydencki od………………………….do……………………….……..….
 *(data) (data)*

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

…………………….…………………………………………….
*data, podpis i pieczątka kierownika specjalizacji (zgoda)*

…………………….…………………………………………….
*data podpis i pieczątka dyrektora szpitala (zgoda)*

…………………….…………………………………………….
*data podpis i pieczątka konsultanta wojewódzkiego (zgoda)***Uwaga**: W karcie papierowej szkolenia specjalizacyjnego należy uzupełnić pkt 19 na str. 2 (data przedłużenia, uzasadnienie i podpisy)

**Załącznik: zgoda pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim**