………………………………..

*miejscowość, data*

……………………………………………………….

*imię i nazwisko kierownika specjalizacji*

*……………………………………………………*

*……………………………………………………*

*nazwa jednostki, w której lekarz/lekarz dentysta odbywa szkolenie*

Niniejszym potwierdzam, że Pani/Pan …………………………………………….. urodzona/y …………………….. w ………………………………………………………….………………………

posiadająca/y prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr ………………….. wydane przez ……………………………………………………………………… w dniu …………………………, ukończył/a przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie……………………………………………………………………………………………..

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie przez Panią/Pana …………………………………………………………………………………………………………… do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

*podpis kierownika specjalizacji*