

.....
Imię i Nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
Adres

.....
Telefon

Wojewoda Łódzki

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z PODJĘCIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Oświadczam, że rezygnuję z rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie i tym samym informuję o niepodjęciu przeze mnie szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od dnia wskazanego jako dzień rozpoczęcia tego szkolenia na skierowaniu. Proszę o wykreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na terenie województwa łódzkiego.

.....
podpis wnioskującego