…………………….

 (miejscowość, data)

Imię i nazwisko……………………

…………………………………….

Pesel ………………………………

Adres………………………………

…………………………………….

tel. ………………………………...

e-mail ……………………………..

 **Minister Obrony Narodowej**

 **(za pośrednictwem Dyrektora Departamentu**

 **Wojskowej Służby Zdrowia)**

 **OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

 Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż z dniem……………**rezygnuję z odbywania**

szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim **w dziedzinie medycyny** …………….

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

**Miejsce odbywania specjalizacji:** …………………………………………………………......

**Nr karty szkolenia specjalizacyjnego:** ………………………………………………………..

 ………………………………..

 (podpis i pieczątka zainteresowanego)