…………………….

(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)