

.....
Imię i Nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
Adres

.....
Tel.

**Wojewoda Łódzki
ul. Piotrkowska 104
90-926 Łódź**

Zwracam się z prośbą o zmianę, od dnia miejsca odbywania szkolenia
specjalizacyjnego w dziedzinie

w trybie Z
(rezydentura, pozarezydentcki) (województwo)

.....
(nazwa dotychczasowej jednostki szkolącej, adres)

na
(nazwa nowej jednostki szkolącej)

Data zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....
.....

.....
podpis wnioskującego

.....
podpis i pieczęć kierownika nowej jednostki szkoleniowej

.....
podpis i pieczęć kierownika kliniki/ordynatora oddziału nowej jednostki
szkoleniowej

Opinia właściwego Konsultanta Wojewódzkiego z terenu woj. łódzkiego :

.....

.....

.....

.....

.....
podpis Konsultanta Wojewódzkiego

Załączniki:

- kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (strona 1 i 2) uzupełniona w punkcie dotyczącym przedłużenia czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego oraz o wpis kierownika specjalizacji o zaliczeniu dotychczas zrealizowanego szkolenia specjalizacyjnego - *(dotyczy wyłącznie lekarzy posiadających papierową kartę szkolenia specjalizacyjnego)*