……………………………………….

(miejscowość, data)

………………………………..

(Imię i nazwisko)

………………………………..

(adres zamieszkania)

………………………………..

(telefon)

………………………………..

(adres e-mail)

**Opolski Urząd Wojewódzki**

**Wydział Zdrowia**

 **ul. Piastowska 14**

 **45-082 Opole**

Zwracam się z prośbą o przeniesienie mojego szkolenia specjalizacyjnego
w dziedzinie …………………………… z województwa ……………………………………………

oraz z jednostki szkolącej……………………………………………………………………………..

(nazwa jednostki)

do województwa ………………………………… oraz jednostki szkolącej………………………. .……………...…………………………………………………………………………………………..

(nazwa jednostki)

w związku z zakwalifikowaniem się na szkolenie specjalizacyjne w województwie opolskim
w dziedzinie ………………………………………….w postępowaniu kwalifikacyjnym w terminie 1 – 31 października 2023 r. (jesień 2023 r.) oraz o zmianę trybu z …………………………. na …………………………………… od dnia …………………………………….

Oświadczam, że moja karta specjalizacji zawiera wszystkie wymagane wpisy potwierdzające realizację programu szkolenia specjalizacji w dotychczasowej jednostce szkoleniowej \*

Z poważaniem

\* Brak wymaganych wpisów w karcie specjalizacji w dacie przeniesienia będzie skutkować cofnięciem zgody na zmianę jednostki szkoleniowej