Wrocław, dnia …………………………………

…………………………………………

*Imię i nazwisko*

…………………………………………

*Adres*

…………………………………………

*Dane kontaktowe e-mail, tel. kom.*

…………………………………………

*Dziedzina medycyny - tryb odbywanej specjalizacji*

EKS papierowa karta specjalizacji 

**Dyrektor**

**Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej**

Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA**

**(zmiana JEDNOSTKI w ramach województwa dolnośląskiego)**

Wnoszę o zmianę miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego z:

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

do: ………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………

od dnia: …………… z przerwą od…..………… do ………….…….. (max 14 dni)

Uzasadnienie : ……………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że moja karta specjalizacji zawiera wszystkie wymagane wpisy potwierdzające realizację programu szkolenia specjalizacji do dnia przeniesienia \*)

………………………………………

(Podpis Wnioskodawcy )

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

(Podpis Kierownika jednostki do której nastąpi przeniesienie) (Podpis Ordynatora Oddziału )

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

**Uwaga: Przed wydaniem skierowania do nowej jednostki lekarz obowiązany jest dostarczyć zaświadczenie potwierdzające termin ustania zatrudnienia w jednostce, z której nastąpi przeniesienie**

**Akceptacja Dyrektora Wydziału ZP lub osoby upoważnionej**

……………………………………………….. Data i Podpis

……………………………………………..

Data i podpis pracownika dokonującego zmiany jednostki w SMK