Wrocław, dnia …………..………

*………………………………………………………………………..*

*Imię i nazwisko*

*………………………………………………………………………..*

*Adres*

*…………………………………………………………………………*

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

*…………………………………………………………………………*

*Dziedzina medycyny i 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 województwa)**

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 w dotychczasowej jednostce szkoleniowej \*)

 *…………………………………………*

*Podpis Wnioskodawcy*

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

*Zgoda / Podpis Konsultanta wojewódzkiego Zgoda/ Podpis Kierownika jednostki Podpis Ordynatora Oddziału w jednostce w której lekarz będzie kontynuował specjalizację*

 *dla województwa dolnośląskiego*

\*) 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

……………………………………… ………………………………………… Podpis pracownika dokonującego zmiany w SMK Data i Podpis