…………………………., ……………

…………………………………………………

*Imię i nazwisko*

…………………………………………………

*Adres do korespondencji*

………………………………………………….

*Tel.. kontaktowy, adres e-mail*

**Zgoda na udostępnienie miejsca szkoleniowego w jednostce akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa dolnośląskiego**

Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w:

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

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

*(Nazwa jednostki)*

Panu/Pani ……………………………………………………………..

zakwalifikowanemu na szkolenie specjalizacyjnego w dziedzinie ……………………………………………………… w trybie ……………………………………………………………….

w postępowaniu kwalifikacyjnym w sesji\*) Wiosna/Jesień 20…… roku

w województwie …………………………………………………….

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

*(Podpis Kierownika jednostki szkoleniowej) (Podpis Kierownika Kliniki/ Ordynatora Oddziału )*

**Potwierdzenie wolnego miejsca szkoleniowego w w/w jednostce przez Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu:**

…………………………………………….. ………………

*(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej, data)*

**UWAGA:** Niniejsza zgoda ma charakter wstępny i nie jest wiążąca dla urzędu wojewódzkiego na terenie którego lekarz został zakwalifikowany. Ostateczna zgoda na udostępnienie miejsca szkoleniowego zostanie udzielona po wystąpieniu przez właściwy urząd wojewódzki (województwa w którym lekarz został zakwalifikowany na specjalizację) z wnioskiem do Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu o udostępnienie miejsca szkoleniowego na podstawie art. 16 c , ust. 17a ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 , poz. 1731 i 1733)*.*

*\*)zaznacz właściwą*