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

(nazwisko i imię) (miejscowość, data)

………………………………………………

………………………………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………………………….

(telefon kontaktowy)

**Oddział Zdrowia Publicznego**

**Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego**

**w Rzeszowie**

**WNIOSEK**

o przeniesienie specjalizacji z innego województwa na teren województwa podkarpackiego

Zwracam się z prośbą o zmianę miejsca/trybu odbywania specjalizacji

w zakresie …………………………………………………………………………………………...

(nazwa dziedziny, tryb specjalizacji, postępowanie kwalifikacyjne)

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

Jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację …………………………………………………

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

Nowa jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację …………………………………….........

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

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

od dnia ……………………………………………..

Uzasadnienie ……………………………………………………………………………………….

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

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

…………………………………………

(podpis i pieczątka wnioskującego)

………………………………………………………..

(opinia i podpis Dyrektora jednostki akredytacyjnej)

………………………………………………. ……………………………………………

(opinia i podpis Kierownika Kliniki/Ordynatora Oddziału) (opinia i podpis Konsultanta Wojewódzkiego)

Do wniosku proszę dołączyć kserokopię 1 i 2 stronę karty specjalizacyjnej

Nie dotyczy lekarzy / lekarzy dentystów, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne po postępowaniu   
kwalifikacyjnym 1-31.10.2017 r.