

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres

.....
Nr telefonu

.....
Adres e-mail

Dyrektor
Wydziału Zdrowia
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
w Poznaniu

**Wniosek o dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego
w trybie pozarezydenckim**

Dotyczy szkolenia specjalizacyjnego realizowanego od dnia.....do dnia.....
w dziedzinie.....w trybie.....

Zwracam się z prośbą o dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego
do dnia..... w trybie pozarezydenckim, w formie (podkreślić właściwe):
umowy o pracę / umowy cywilno-prawnej zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie;
płatnego urlopu szkoleniowego; umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot
prowadzący szkolenie specjalizacyjne.

Uzasadnienie :

.....
.....
.....

Elementy programu specjalizacji pozostałe do zrealizowania (**Załącznik nr 1**).

Potwierdzam, że pozostałe wymagane programem elementy szkolenia specjalizacyjnego
zostały zrealizowane, wprowadzone do karty specjalizacji i zatwierdzone przez kierownika
specjalizacji.

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

Wymagane zgody

.....
(Pieczęć i podpis kierownika podmiotu/dyrektora szpitala)

.....
(Pieczęć i podpis kierownika specjalizacji)

.....
(Pieczęć i podpis konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny)

Załącznik nr 1

Elementy programu specjalizacji pozostałe do zrealizowania:

1)
/nazwa elementu/

.....
/czas trwania/ /planowany termin realizacji/

2)
/nazwa elementu/

.....
/czas trwania/ /planowany termin realizacji/

3)
/nazwa elementu/

.....
/czas trwania/ /planowany termin realizacji/

4)
/nazwa elementu/

.....
/czas trwania/ /planowany termin realizacji/

5)
/nazwa elementu/

.....
/czas trwania/ /planowany termin realizacji/

.....
(Podpis Wnioskodawcy)