

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość, data

.....
Adres

.....
Nr telefonu

Dyrektor
Wydziału Zdrowia
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
w Poznaniu

**WNIOSEK O ZMIANĘ MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO
(w ramach województwa wielkopolskiego)**

Zwracam się z prośbą o zmianę miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego w zakresie

.....
(nazwa dziedziny , tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

.....
(data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego)

z jednostki:

do jednostki:

od dnia: w trybie:

Szkolenie specjalizacyjne realizowane będzie w formie:

.....
(dotyczy formy szkolenia specjalizacyjnego realizowanego w trybie pozarezydenckim)

Uzasadnienie :

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

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

Akceptacja przyjęcia na kontynuację szkolenia specjalizacyjnego:

Uzasadnienie :

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

.....
(Pieczęć i podpis kierownika podmiotu / dyrektora szpitala, do którego nastąpi przeniesienie)