

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejscowość, data

.....  
e-mail

.....  
telefon

.....  
Miejsce realizacji szkolenia specjalizacyjnego

.....  
Nr PWZ

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

### PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego/cząstkowego w zakresie

..... do specjalizacji w dziedzinie .....

w terminie od ..... do ..... w Oddziale/Poradni/Pracowni.....

W.....

Uprzejmie proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Z poważaniem

.....

---

#### Wypełnia Opiekun:

Opiekunem stażu kierunkowego/cząstkowego z ramienia jednostki przyjmującej będzie:

.....

Oświadczam, że:

- lekarz nie będzie miał styczności, w trakcie realizacji stażu kierunkowego/cząstkowego, z małoletnim pacjentem
- lekarz będzie miał styczność, w trakcie realizacji stażu kierunkowego/cząstkowego, z małoletnim pacjentem

---

Akceptacja i podpis opiekuna

---

Pozostałe akceptacje