

Załącznik nr 11 do Regulaminu

Bytom, dnia

Wniosek o wyrażenie zgody na udział w kursie wymaganym w programie specjalizacji

**Dyrektor Medyczny
Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii**

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie
zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na udział w kursie
pt:.....

w okresie

(termin realizacji kursu)

.....
(podpis i pieczęć lekarza realizującego specjalizację)

.....
(imię i nazwisko oraz pieczęć kierownika specjalizacji)

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**

.....
(data, podpis i pieczęć Dyrektora Medycznego)

**niepotrzebne skreślić