

Załącznik nr 6 do Regulaminu

.....
Miejsce, data

.....
Pieczęć poradni

**ZAŚWIADCZENIE O REALIZACJI STAŻU KIERUNKOWEGO
W Uniwersyteckim Centrum Stomatologii Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach sp. z o.o.**

Niniejszym potwierdzam realizację stażu kierunkowego w dniach
w zakresie, zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie
..... przez

.....
Pieczęć i podpis Kierownika Poradni