

Załącznik nr 7 do Regulaminu

Bytom, dnia

Wniosek zewnętrzny nr*
o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego do specjalizacji
w innym uprawnionym podmiocie

Dyrektor Medyczny
Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie
zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego
w zakresie:.....

w
(nazwa podmiotu w którym będzie realizowany staż kierunkowy)

w okresie
(termin realizacji stażu)

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubiegającego się o staż)

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

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**

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

*numer nadaje Dział Kadr i Płac

**niepotrzebne skreślić