

**Załącznik nr 8 do Regulaminu**

.....  
(pieczęćka jednostki Kierującej)

.....  
miejsowość, data

.....  
(nr telefonu lekarza)

**Wniosek nr .....\***  
**osoby zatrudnionej w innym podmiocie o wyrażenie zgody**  
**na realizację stażu kierunkowego do specjalizacji**  
**w Uniwersyteckim Centrum Stomatologii Śląskiego**  
**Uniwersytetu Medycznego w Katowicach sp. z o.o.**

**Dyrektor Medyczny**  
**Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego  
w zakresie: .....

w .....  
(nazwa komórki organizacyjnej Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej NZOZ)

w okresie .....  
(termin realizacji stażu)

wymaganą do specjalizacji w dziedzinie .....

przez lekarza .....  
(imię i nazwisko lekarz)

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby reprezentującej jednostkę Kierującą )

---

**Akceptuję**

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\***

.....  
(imię i nazwisko oraz pieczęć osoby kierującej  
komórką organizacyjną prowadzącą staż )

.....  
(data, podpis i pieczęć Dyrektora Medycznego/Prezes Zarządu)

---

\*numer nadaje Dział Kadr i Płac  
\*\*niepotrzebne skreślić