

Wniosek - skierowanie na staż podyplomowy na terenie działania Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Lekarza

Lekarza dentysty

Data rozpoczęcia stażu podyplomowego: 1 października / 1 marca
Zgoda MZ na rozpoczęcie stażu w innym terminie: (nr zgody)*

1. Nazwisko:
2. Imiona:
3. Tytuł zawodowy: 4. Obywatelstwo:
5. Adres zamieszkania (stały):
6. Adres do korespondencji:
.....
7. Nr telefonu: / adres e-mail: @
8. Ukończona uczelnia medyczna:
9. Średnia ocen uzyskanych w toku studiów:
10. Preferowane placówki:
 - 1)
 - 2)
11. Załączniki:
 - 1) Kserokopia dowodu osobistego / potwierdzenie zameldowania.
 - 2) Zaświadczenie o ukończeniu studiów wraz ze średnią ocen.
 - 3) Inne:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

***niepotrzebne skreślić**

Decyzja Komisji ds. Stażu podyplomowego Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej:

Wniosek do ORL / PORL SIL o skierowanie w/w lekarza do
.....

Podpis Przewodniczącego Komisji:

Uchwała ORL / PORL ŚIL Nr z dnia Karta stażowa numer: