

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Adres

.....

tel.

e-mail

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na **przedłużenie** odbycia **praktyki klinicznej** w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego **lekarzy i lekarzy dentystów**.

Klinika/Oddział/Zakład :.....

Preferowany termin:

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Dziedzina medycyny:

Uzasadnienie:.....

.....

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

Wypełnia Kierownik Kliniki/Oddziału/Zakładu

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość odbycia praktyki klinicznej.

Termin.....

Na Kierownika praktyki klinicznej wyznaczam:

2) **Nie ma** możliwości odbycia praktyki klinicznej.

Uzasadnienie:

.....

.....
(podpis i pieczęć)

Wypełnia Kierownik Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- 1) kserokopia dyplomu,
- 2) kserokopia Prawa Wykonywania Zawodu,
- 3) aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- 4) aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 5) zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniu przeciw WZW typu B,
- 6) ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- 7) zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku,
- 8) zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
- 9) dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 30 zł (z wyłączeniem osób odbywających staż kierunkowy w WIM).

.....
(podpis i pieczęć)