

**OŚWIADCZENIE\***  
**dot. zakończenia szkolenia specjalizacyjnego**

Oświadczam, iż z dniem ..... zakończyłem/am szkolenie specjalizacyjne

Imię i nazwisko .....

Stopień wojskowy .....

Tytuł naukowy .....

Pesel .....

Dziedzina medycyny .....

Kod dziedziny medycyny .....

Tryb specjalizacji .....

Numer EKS .....

Numer wpisu do rejestru osób odbywających szkolenie specjalizacyjne .....

Okres specjalizacji .....

Przedłużenie okresu specjalizacji .....

Skrócenie okresu specjalizacji .....

Jednostka szkoleniowa .....

Nazwa podmiotu .....

Kierownik specjalizacji .....

Warszawa, dnia .....

.....  
podpis i pieczętka lekarza

.....  
(wypełnia kierownik specjalizacji)

**POTWIERDZENIE**  
**dot. zaliczenia szkolenia w SMK**

**Potwierdzam odbycie i zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego**

Panu/Pani .....

Warszawa, dnia .....

.....  
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji

\*Lekarz/lekarz dentysta ma obowiązek poinformować o zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego w terminie 7 dni od dnia zaliczenia przez kierownika specjalizacji