

.....
Imię i nazwisko

.....
Tel.

.....
e-mail

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego
płk prof. dr hab. n. med. Marek Rękas**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na możliwość realizacji przeze mnie szkolenia specjalizacyjnego **w dziedzinie**

w trybie
(rezydenckim, pozarezydenckim)

w
(nazwa komórki organizacyjnej Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego)

Nadmieniam, że przechodziłem/am postępowanie kwalifikacyjne w terminie
(wiosna / jesień – dany rok)

organizowane przez
(właściwy Urząd Wojewódzki)

i zostałem/am zakwalifikowany/a do rozpoczęcia ww. specjalizacji.

Potwierdzam przynależność specjalizacji do
(właściwy Urząd Wojewódzki)

Załącznik: Potwierdzenie zakwalifikowania się na specjalizację.

.....
podpis wnoszącego

Opinia:

.....
podpis i pieczęć Kierownika Komórki Organizacyjnej
Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego

Opinia:

.....
podpis i pieczęć Kierownika WKPL CKP