

**Wydział Kształcenia Podyplomowego
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Doskonalenia Zawodowego i Symulacji Medycznej
Wojskowego Instytutu Medycznego**

**Ul. Szaserów 128
04-141 Warszawa**

OŚWIADCZENIE*

POTWIERDZENIE PRZEZ MAGISTRÓW
ZALICZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO ODBYWANEGO
W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM**

Oświadczam, iż z dniem..... zakończyłem/am szkolenie specjalizacyjne w **dziedzinie Fizjoterapii**

Imię i nazwisko

Pesel

Numer karty szkolenia

Okres specjalizacji

Przedłużenie okresu specjalizacji

Skrócenie okresu specjalizacji

Kierownik specjalizacji

Warszawa, dnia
.....
podpis i pieczętka magistra

(wypełnia kierownik specjalizacji)

Potwierdzam odbycie i zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego

Panu/Pani

Warszawa, dnia
.....
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji

* Do oświadczenia należy dołączyć kserokopię pierwszej, drugiej i ostatniej strony karty szkolenia
**Magister ma obowiązek poinformować o zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego po zaliczeniu szkolenia przez kierownika specjalizacji (wpis na ostatniej stronie karty)