

.....
pieczęć nagłówkowa Kliniki, Zakładu lub
Oddziału w którym lekarz będzie odbywał
specjalizację

O Ś W I A D C Z E N I E *

Potwierdzam objęcie kierownictwa nad specjalizacją

Pana /Pani

w dziedzinie

Miejsce odbywania specjalizacji

(dokładny adres miejsca odbywania specjalizacji)

.....
Ośrodek posiada akredytację przyznaną przez Ministra Zdrowia.

Imię i nazwisko Kierownika specjalizacji.....

Stopień naukowy, stanowisko.....

PESEL.....

Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy WIM zawartych w podaniu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
data

.....
podpis i pieczęć kierownika specjalizacji

.....
podpis i pieczęć kierownika
komórki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

.....
podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

*Oświadczenie należy złożyć w Wydziale Kształcenia Podyplomowego Lekarzy CKP WIM