

## OŚWIADCZENIE\*

### dot. zakończenia szkolenia specjalizacyjnego\*\*

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

Imię i nazwisko .....

Stopień wojskowy .....

Tytuł naukowy .....

Pesel .....

Dziedzina medycyny .....

Tryb specjalizacji .....

Numer karty szkolenia specjalizacyjnego .....

Okres specjalizacji .....

Przedłużenie okresu specjalizacji .....

Skrócenie okresu specjalizacji.....

Nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne .....

.....

Kierownik specjalizacji .....

Warszawa, dnia .....

.....  
podpis i pieczętka lekarza

(wypełnia kierownik specjalizacji)

## POTWIERDZENIE

### odbycie i zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego

#### 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 specjalizacyjnego

\*\*Lekarz/lekarz dentysta ma obowiązek poinformować o zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego w terminie 7 dni od dnia zaliczenia przez kierownika specjalizacji (wpis na ostatniej stronie karty)