

Warszawa, dnia

.....
(Pieczęć Kliniki/Zakładu/Oddziału)

**Zgoda kierownika specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych
w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego**

Niniejszym, **wyrażam zgodę** na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych przez lekarza

.....
(imię i nazwisko)

odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie.....

.....

z dniem.....

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Specjalizacji)