

**ZAŁĄCZNIK DO ELEKTRONICZNEGO WNIOSKU O ODBYWANIE SZKOLENIA
SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

.....
(stopień wojskowy, imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(numer telefonu)

.....
(e-mail)

I. OPINIA ODPOWIEDNIO PRZEŁOŻONYCH SŁUŻBOWYCH LUB PRACODAWCY

1) dnia
(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)
.....
(podległość pod rodzaj Sił Zbrojnych)
.....
(tel./fax)

Popieram wniosek/nie popieram wniosku¹ o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
.....
(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej)

2) dnia
(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)

Popieram wniosek/nie popieram wniosku¹ o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
.....
(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej)

3) dnia
(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)

Popieram wniosek/nie popieram wniosku¹ o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
.....
(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej)

¹ Niepotrzebne skreślić.

II. OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ

Dotyczy lekarzy, którzy odbywają staż podyplomowy w podmiotach leczniczych MON i starają się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego przed objęciem pierwszego stanowiska służbowego w Jednostce Wojskowej, do której zostali wyznaczeni na stanowisko służbowe, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 20 lutego 2023 r. w sprawie trybu wyznaczania żołnierzy zawodowych na stanowiska służbowe i zwalniania z tych stanowisk (Dz. U. poz. 431).

..... dnia

(pieczęć nagłówkowej jednostki organizacyjnej)

.....
(podległość pod rodzaju Sił Zbrojnych)

.....
(tel./fax)

Pana/i
(stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

.....
(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej)

III. OPINIA SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA WŁAŚCIWEGO RODZAJU SIŁ ZBROJNYCH W ZAKRESIE JEDNOSTEK PODLEGŁYCH²

.....
.....
(pieczęć, stopień wojskowy, imię i nazwisko)

IV. ZGODA KIEROWNIKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ URZĘDU OBSŁUGUJĄCEGO MINISTRA OBRONY NARODOWEJ REALIZUJĄCEJ ZADANIA Z ZAKRESU SPRAW PODMIOTÓW LECZNICZYCH UTWORZONYCH I NADZOROWANYCH PRZEZ MON NA ODBYCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO³

.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(z upoważnienia Ministra Obrony Narodowej podpis i pieczęć)

² W zależności od podległości jednostki wojskowej lekarza i lekarza dentysty

³ Celem uzyskania zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego oryginał dokumentu należy przesłać do Dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, który będzie rozpatrzony po złożeniu elektronicznego wniosku za pomocą SMK