

.....
Imię i nazwisko

.....
Telefon kontaktowy

ZGODA* / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE O WYKORZYSTANIE DNI NA SAMOKSZTAŁCENIE ZGODNIE Z PROGRAMEM SPECJALIZACJI

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wykorzystaniednia/dni w terminie:.....

w celu

(rodzaj samokształcenia: napisanie pracy, udział w działalności edukacyjnej towarzystw naukowych, inna forma samokształcenia wskazana przez kierownika specjalizacji)

Miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

(Komórka organizacyjna prowadząca szkolenie)

Okres specjalizacji: od dnia.....do dnia

(data rozpoczęcia specjalizacji)

(planowana data zakończenia specjalizacji)

Nr karty szkolenia specjalizacyjnego:

.....
(podpis i pieczętka zainteresowanego)

Opinia Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy:

W trakcie szkolenia specjalizacyjnego lekarz jest zobowiązany do ciągłego i aktywnego samokształcenia w celu pogłębiania swojej wiedzy, a w szczególności korzystania z polecanych pozycji piśmiennictwa, uczestniczenia w posiedzeniach edukacyjnych towarzystw naukowych, napisania pracy i udziału w innych formach samokształcenia wskazanych przez kierownika specjalizacji.

Zgodnie z programem specjalizacji (str..... pkt.....) lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie przysługuje w całym okresie szkoleniadni na samokształcenia. Wykorzystano dni z przewidzianych programem specjalizacjidni.

.....
(podpis i pieczętka kierownika WKPL)

Opinia Kierownika specjalizacji:

Opinia Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu:

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka kierownika kliniki/oddziału/zakładu)

*lekarz cywilny- zwolnienie z zajęć /lekarz wojskowy – urlop okolicznościowy