

.....
pieczętka 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

w ramach modułu podstawowego w zakresie **chorób wewnętrznych**

Miejsce odbywania specjalizacji

(dokładny adres miejsca odbywania specjalizacji)

Miejsce odbywania modułu podstawowego

(dokładny adres miejsca odbywania specjalizacji)

Ośrodek posiada akredytację przyznaną przez Ministra Zdrowia.

Imię i nazwisko Kierownika modułu podstawowego

Stopień naukowy, stanowisko.....

PESEL..... Telefon kontaktowy.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego 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)

Oświadczam, że założyłem/am konto dla kierownika specjalizacji w systemie SMK.

.....
data

.....
podpis i pieczętka kierownika modułu podstawowego

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

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