

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

I. OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ

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

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

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

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

- 2) dnia
(pieczęć nagłówkowa jednostki organizacyjnej)
.....
(podległość pod rodzajów Sił Zbrojnych)
.....
(tel./fax)

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

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

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

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

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

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

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

¹ Niepotrzebne skreślić.

II. OPINIA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ

Dotyczy lekarzy, którzy odbywają staż podypłomowy 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 dnia 9 września 2014 r. w sprawie trybu wyznaczania żołnierzy zawodowych na stanowiska służbowe i zwalniania z tych stanowisk (Dz. U. poz. 1292, z późn. zm.)

..... pieczęć nagłówkowej jednostki organizacyjnej) dnia

.....
(podległość pod rodzajem 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 PODLEGLYCH / DYREKTORA DEPARTAMENTU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA W ZAKRESIE JEDNOSTEK Utworzonych I NADZOROWANYCH PRZEZ MON²

.....

.....
(data)
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

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 MON 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