Wniosek o skierowanie do odbycia stażu podyplomowego

□ lekarza □ lekarza dentysty

W podmiocie uprawnionym do zawierania umów o pracę z lekarzami w celu odbywania stażu podyplomowego

**WPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

1. Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Imiona…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Tytuł zawodowy: LEKARZ / LEKARZ DENTYSTA
4. Obywatelstwo (obywatelstwa)……………………………………………………………………………………………………………………………….
5. Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP………………………………………………………………………………………………..

dotyczy lekarzy cudzoziemców

1. Stały adres zameldowania …………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu …………………………………………………..e-mail…………………………………………………………………………............................

1. Średnia ocen z okresu studiów ………………………………………………………………………………………………………………………………

poświadczona przez dziekanat

1. Termin rozpoczęcia stażu……………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Preferowane podmioty (wpisane na listę Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego podmiotów uprawionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza / lekarza dentysty i zawierania umowy o pracę ze stażystą – na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku):

1……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Rekomendacje i odpowiednie załączniki:

□ udział w pracach badawczych w dziedzinie nauk medycznych

□ autorstwo bądź współautorstwo publikacji naukowej

□ opinia zawodowa kierownika koła naukowego

□ przynależność do koła naukowego

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym**

**………………………………………………….. …………………………………………………………….**

 Data podpis