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

**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

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

dotyczy lekarzy cudzoziemców

1. adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

1. Średnia ocen z okresu studiów ………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Termin rozpoczęcia stażu……………………………………………………………………………………………………………………………….
3. 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. |  |

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

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

Data podpis