

.....  
(pieczęćka Jednostki Kierującej)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(numer telefonu diagnosty laboratoryjnego)

## WNIOSEK

**na realizację stażu kierunkowego do specjalizacji  
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu  
przez diagnostę laboratoryjnego**

**Sz. P. ....**

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Szpitala**

**Specjalistycznego Nr 5**

**im. św. Barbary w Sosnowcu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego w zakresie.....  
wymaganego do specjalizacji w dziedzinie.....  
przez diagnostę laboratoryjnego .....  
zatrudnionego w .....  
(imię i nazwisko diagnosty laboratoryjnego)

Staż kierunkowy odbywać się będzie w terminie.....  
(termin odbywania stażu)  
w Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

.....  
(podpis Dyrektora Jednostki Kierującej)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*	Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*
<p>..... (podpis Kierownika Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu)</p> <p><b>Na opiekuna stażu kierunkowego wyznaczam:</b></p> <p>.....</p>	<p>..... (podpis Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu)</p>

\*niepotrzebne skreślić