

**DOTYCZY LEKARZY  
ZATRUDNIONYCH W INNEJ  
JEDNOSTCE**

.....  
(pieczętka Jednostki Kierującej)

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(numer telefonu lekarza)

**WNIOSEK**

**na realizację stażu kierunkowego (częstkowego) do specjalizacji  
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu  
przez lekarza zatrudnionego w innej jednostce**

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

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Szpitala**

**Specjalistycznego Nr 5**

**im. św. Barbary w Sosnowcu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację lekarskiego stażu kierunkowego (częstkowego) w zakresie.....  
wymaganego do specjalizacji w dziedzinie.....  
przez lekarza.....  
(imię i nazwisko lekarza)

zatrudnionego w .....

Staż kierunkowy odbywać się będzie w terminie.....  
(termin odbywania stażu)

W.....  
(nazwa oddziału Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu)

.....  
(podpis Dyrektora Jednostki Kierującej)

<b>Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*</b>	<b>Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*</b>
<p>..... (podpis Ordynatora/Kierownika oddziału 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