Wrocław, dnia …………………………………………………

Dyrekcja

…………………………………………………………………….

……………………………………………………………………

**SKIEROWANIE DO ODBYCIA STAŻU**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu reprezentowany **przez Pełnomocnika** **ds. organizacji**

**specjalizacji diagnostów laboratoryjnych Panią dr hab. Iwonę Bil-Lulę, prof. uczelni**

zwraca się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego z zakresu:

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

w ramach programu specjalizacji w dziedzinie………………………………………………………………..……………………

przez Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………………………….…………

Staż kierunkowy odbywać się będzie w zakładzie/oddziale ……………………………........................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w okresie……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………..

(Pełnomocnik ds. organizacji

specjalizacji diagnostów laboratoryjnych)

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej, w której miałby się odbyć staż kierunkowy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

(Kierownika Komórki Organizacyjnej)