



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Załącznik nr 1
do Porozumienia w sprawie odbywania staży
kierunkowych do specjalizacji przez diagnostów
laboratoryjnych

Wrocław, dnia

Dyrekcja

.....

.....

SKIEROWANIE DO ODBYCIA STAŻU

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu reprezentowany przez

**Pełnomocnika ds. organizacji specjalizacji diagnostów laboratoryjnych oraz specjalizacji mających
zastosowanie w ochronie zdrowia**

Panią prof. dr hab. n. farm. Iwonę Bil-Lulę

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 oraz
specjalizacji mających zastosowanie w
ochronie zdrowia)

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

.....

.....

(Kierownika Komórki Organizacyjnej)