……………………………………………….

*(Szpital/Laboratorium)*

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU STAŻU KIERUNKOWEGO

**Pan/Pani** .................................................................................................................................................., odbył(a) zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

staż kierunkowy…………………………………………………………………………………………………………………………………..,

*(nazwa stażu wg programu specjalizacji)*

w okresie od………………………………………………………… do ………………………………………………………………………,

 *(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)*

w…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

*(nazwa, adres jednostki prowadzącej staż)*

pod opieką opiekuna stażu………………………………………………………………………………………………………………. *(imię i nazwisko)*

nie uzyskał(a) / uzyskał(a) \* zaliczenie.

 ……………………………………………………………..

 *(data, podpis Opiekuna stażu)*

\**niepotrzebne skreślić*

*Nadzór nad realizacją programu staży kierunkowych wynikających z programu danej specjalizacji może sprawować osoba posiadająca tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny laboratoryjnej albo osoba posiadająca decyzję, o której mowa w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (t.j. Dz.U. 2023 r. poz. 2125 ze zm.).*