

DANE DOKTORANTA

prof. dr hab. Mirosław Banasik

Dyrektor Szkoły Doktorskiej

Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w Szkołach Doktorskich

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w Szkołach Doktorskich o program specjalizacji w dziedzinie, w której odbywam kształcenie w Szkole Doktorskiej, tj....., zgodny z zakresem kształcenia i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego, zgodnie z art. 16e ust. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W przypadku wyrażenia zgody uprzejmie proszę o uwzględnienie mojej osoby w najbliższym naborze na liście lekarzy wnioskujących o odbywanie szkolenia w powyższym trybie przekazanej przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu Wojewodzie z art.16e ust. 7.

Z wyrazami szacunku

(podpis doktoranta)

(podpis i pieczętka promotora)

(podpis i pieczętka kierownika Jednostki)