

**WNIOSEK O SKIEROWANIE DO ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA
 LEKARZA DENTYSTY W PODMIOCIE UPRAWNIONYM DO ZAWIERANIA UMÓW O PRACĘ
Z LEKARZAMI W CELU OBYWANIA STAŻU PODYPLOMOWEGO
na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie**

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Nazwisko.....

2. Imiona:.....

3.Tytuł zawodowy: LEKARZ / LEKARZ DENTYSTA 4. Obywatelstwo (obywatelstwa):.....

5. Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP.....
dotyczy lekarzy cudzoziemców

6. Stały adres zamieszkania:
ulica i nr domu/nr lokalu kod pocztowy miejscowość, powiat

nr telefonu..... e-mail

8. Nazwa wyższej uczelni medycznej:
numer, data, uzyskania dyplomu/zaświadczenia o ukończeniu studiów.....

9.Średnia ocena z okresu studiów:
poświadczona przez dziekanat

10. Termin rozpoczęcia stażu:

11.Preferowane podmioty (wpisane na listę Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza / lekarza dentysty i zawierania umowy o pracę ze stażystą -na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie):

a)

b)

c)

12. Podmiot wskazany przez Ministra Zdrowia:.....

(dotyczy lekarzy cudzoziemców)

13.Załączniki:

- zaświadczenie o zameldowaniu na pobyt stały
- prace naukowe lub publikacje
- kursy, szkolenia krajowe lub zagraniczne
- decyzja Ministra Zdrowia na odbycie stażu podyplomowego (dotyczy lekarzy cudzoziemców)

14.Rekomendacje i odpowiednie załączniki:

- udział w pracach badawczych w dziedzinie nauk medycznych
- autorstwo bądź współautorstwo publikacji naukowej
- opinia zawodowa kierownika koła naukowego
- opinia zawodowa kierownika kliniki, ordynatora lub kierownika oddziału
- opinia wystawiona przez lekarza dentystę wykonującego praktykę lekarską lub koordynatora stażu lekarza dentysty

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym

.....
Data

.....
Podpis