

Lublin, dnia.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejsce zatrudnienia

.....
Telefon, e-mail

WNIOSEK NA STAŻ DO SPECJALIZACJI

Dyrektor WOMP CP – L w Lublinie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu cząstkowego w poradni chorób zawodowych do specjalizacji..... w okresie.....

.....
Podpis lekarza ubiegającego się o odbycie specjalizacji

.....
Pieczętka i podpis Kierownika specjalizacji

Akceptuję

.....
Podpis Dyrektora WOMP CP-L w Lublinie