**Załącznik nr 1**

…………………………………………………………………. …………….……………………………………………….

(imię i nazwisko lekarza) ( miejsce i data)

…………………………………………………………………

(nazwa podmiotu kierującego)

………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………

(telefon stażysty)

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

(nazwa komórki organizacyjnej, w której ma się odbyć staż)

Zwracam się uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu **podyplomowego/personalizowanego**

z zakresu ……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………..………………

W ………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa Kliniki/Oddziału)

w terminie od ……………….……………………………………….. do ………………………………………………………………

………………………………………………………

( podpis lekarza ubiegającego się o staż)

Załącznik: Prawo Wykonywania Zawodu

………………………………………………………………………………………..

(podpis/pieczątka koordynatora stażu)

…………………………………………………………………………………………

(podpis/pieczątka lekarza kierującego kliniką/ oddziałem)

…………………………………………………………………………………………

(podpis Dyrektora SPZOZ CSK UM w Łodzi /z-cy Dyrektora)

̽niepotrzebne skreślić