

.....  
miejsowość i data

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres do korespondencji/telefon/e-mail

**Pełnomocnik Rektora**  
**Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**  
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych  
oraz w dziedzinach mających zastosowanie  
w ochronie zdrowia

### PODANIE O PRZEDŁUŻENIE/SKRÓCENIE\* SPECJALIZACJI

Uprzejmie proszę o przedłużenie/skrócenie\* specjalizacji z .....  
tryb podstawowy/uzupełniający\* o okres.....  
z powodu:.....

.....  
(data i podpis os. specjalizującej się)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć Pełnomocnik Rektora UM w Łodzi  
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych oraz w dziedzinach  
mających zastosowanie w ochronie zdrowia)

.....  
(podpis i pieczęć konsultanta wojewódzkiego ze względu na miejsce stażu

podstawowego w dziedzinie.....)\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\*dotyczy tylko przedłużenia specjalizacji

**Do podania należy dołączyć kartę specjalizacyjną z pieczęcią i podpisem kierownika specjalizacji na stronie 3 w pkt. 15 i 16.  
Uzasadnienie wpisuje BOKPWF.**