



.....  
(miejscowość i data)

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
Adres do korespondencji

.....  
Numer telefonu/adres 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<sup>1</sup> specjalizacji z .....  
tryb podstawowy/uzupełniający<sup>2</sup> o okres .....  
z powodu: .....

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

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka Pełnomocnika Rektora UM w Łodzi  
ds. specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych  
oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia)

.....  
(podpis i pieczętka konsultanta wojewódzkiego  
ze względu na miejsce stażu podstawowego  
w dziedzinie .....<sup>3</sup>

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

**UZASADNIENIE WPISUJE CKP.**

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> Dotyczy tylko przedłużenia specjalizacji