

.....
miejscowość i data

.....
nazwisko i imię

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

**Pełnomocnik Rektora
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ds. Kształcenia Podyplomowego**

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. Kształcenia Podyplomowego)

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

podstawowego w dziedzinie.....)**

*niepotrzebne skreślić

**dotyczy tylko przedłużenie specjalizacji

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