

.....
(miejscowość i data)

.....
Nazwisko i Imię

.....
Adres do korespondencji

.....
Numer telefonu/adres e-mail

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

PODANIE O PRZEDŁUŻENIE/SKRÓCENIE SPECJALIZACJI

Uprzejmie proszę o przedłużenie/skrócenie¹ specjalizacji z
tryb podstawowy/uzupełniający² o okres
z powodu:

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

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

.....
(podpis i pieczęć Pełnomocnika Rektora
ds. Kształcenia Poddyplomowego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi)

.....
(podpis i pieczęć konsultanta wojewódzkiego
ze względu na miejsce stażu podstawowego
w dziedzinie)

Do podania należy dołączyć kartę specjalizacyjną z pieczęcią i podpisem kierownika specjalizacji na stronie 3 w pkt. 14 i 15.

UZASADNIENIE WPISUJE CKP.

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić