

.....
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* okres.....,
z powodu:.....

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

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

.....
(podpis i pieczęć Pełnomocnika Rektora UM w Łodzi
ds. Kształcenia Podyplomowego)

.....
(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 CKP UM w Łodzi**

Centrum Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
90-136 Łódź | ul. Narutowicza 60
www.okp.umed.pl

CKP...
CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO