

**Dyrektor
Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego**

WNIOSEK

Na podstawie art. 30m ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 849) przy zrealizowaniu pełnego programu szkolenia specjalizacyjnego wnoszę o skrócenie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
o okres (nie dłuższy niż ½ czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego)

DANE

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer PESEL, a w przypadku jego braku - cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo jego wydania
4. Adres korespondencyjny, nr telefonu, adres e-mail
.....
5. Numer prawa wykonywania zawodu nadany w dniu
przez (kopia w załączeniu).
6. Posiadane specjalizacje
7. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego
8. Aktualne miejsce zatrudnienia (nazwa i adres podmiotu)
.....
9. Planowany termin egzaminu
10. Postępowanie kwalifikacyjne prowadzone przez Urząd Wojewódzki w (miejscowość)
11. Imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji, telefon, adres email
.....
12. Informacje na temat odbytych elementów programu specjalizacji:

L.p.	Nazwa modułu nauczania	Plan kształcenia (odbyte moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe)	Liczba dni roboczych	Liczba godzin	Okres realizacji (od – do)	Miejsce realizacji / nazwa jednostki

.....
(data)

.....
(podpis)

WNOSZĘ O : skrócenie okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego **o łączną liczbę**(...) **dni**
roboczych, przy zrealizowaniu pełnego programu szkolenia specjalizacyjnego.

w załączeniu:

- 1.) dokumenty potwierdzające zrealizowanie pełnego programu szkolenia specjalizacyjnego będącego przedmiotem wniosku, zawierające informacje dotyczące terminu i miejsca odbycia danego modułu, potwierdzone przez osobę nadzorującą;
- 2.) kopię prawa wykonywania zawodu;
- 3.) kopię dyplomu posiadanej specjalizacji;
- 4.) kopię karty szkolenia specjalizacyjnego lub wydruk z SMK - w przypadku elektronicznej karty specjalizacji;
- 5.) opinię kierownika specjalizacji potwierdzającą wiedzę i umiejętności w zakresie zrealizowania pełnego programu specjalizacji i zgoda na skrócenie specjalizacji;

Oświadczam, że zapoznałam/ zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i przyjmuję do wiadomości jej treść.

.....
czytelny podpis i data