##### 

**Dyrektor**

**Centrum Medycznego**

**Kształcenia Podyplomowego**

##### **WNIOSEK**

Na podstawie art. 46 ust. 1 , 2 Ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U.2022 poz. 2280) przy zrealizowaniu pełnego programu szkolenia specjalizacyjnego wnoszę   
o skrócenie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ……………………………………………………………………o okres……………………………………………………… dni roboczych. (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 ………………………………………………………

.………………………………………………………………………………………………………………….

1. Numer prawa wykonywania zawodu …………………………………… nadany w dniu .……………… przez ……….…….…………………………………………………...………….….…(kopia w załączeniu).
2. Posiadane specjalizacje …………………………………….…………………………………...………….
3. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego ……………………………………………………………
4. Aktualne miejsce zatrudnienia (nazwa i adres podmiotu) …………………………………………………

....……………………………………………………..……………………………….……….………….….…

1. Planowany termin egzaminu …………………………………………………….…………………………………….
2. Postępowanie kwalifikacyjne prowadzone przez Urząd Wojewódzki w (miejscowość) ……………….
3. Imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji, telefon, adres email ……………….…………………………………………………………………………………………………..
4. 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 wiedze 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*