|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię: ……………………………………………. | Łódź, dn. …………………………… |
| Nr dokumentu tożsamości: …………………………… |  |
| Adres: …………………………………………………………… |  |
| tel.: ………………………………………………………………. |  |
| e-mail: ……………………………………………………….…. |  |

**Ministerstwo Zdrowia**

**ul. Miodowa 15**

**00-952 Warszawa**

**WNIOSEK**

Proszę o uznanie stażu podyplomowego, t. j. trwającego 6 miesięcy szkolenia praktycznego odpowiadającego zakresowi części klinicznej programu stażu podyplomowego, zorganizowanego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, który odbył się w następującym terminie: …………………………………..………

W załączeniu przedkładam dokumenty:

- zaświadczenie o ukończeniu stażu

- kartę stażu

- dyplom / zaświadczenie o ukończeniu studiów

Podpis: ………………………………………