

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[imię i nazwisko]

\_\_\_\_\_  
[miejsce odbywania specjalizacji]

\_\_\_\_\_  
[nazwa kliniki]

\_\_\_\_\_  
[nr prawa wykonywania zawodu]

\_\_\_\_\_  
[nr tel.]

\_\_\_\_\_  
[e-mail]

\_\_\_\_\_  
[Rezydent – TAK / NIE]

**DYREKTOR**

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
ul. Banacha 1 a  
02-097 Warszawa

**WNIOSEK  
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU KIERUNKOWEGO**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w:

\_\_\_\_\_  
*[podmiot przyjmujący]*

\_\_\_\_\_  
*[jednostka/komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.]*

z zakresu \_\_\_\_\_

w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

w ramach specjalizacji z \_\_\_\_\_

Nr karty specjalizacyjnej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka kierownika jednostki/komórki kierującej

**AKCEPTACJA DYREKTORA**

UCK WUM CSK

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka kierownika jednostki/komórki przyjmującej