

.....
/pieczęć zakładu pracy/

.....
/miejscowość, data/

Zaświadczenie

Zaświadcza się, że Pan/Pani

Zamieszkały/a

PESEL

Jest zatrudniony/a od dnia do dnia

Nazwa jednostki i komórki organizacyjnej, w której lekarz jest zatrudniony:

.....
.....

W/wym. do dnia 28 lutego/30 września* r. posiada co najmniej 3- letni okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy, w kierunku zgodnym z kierunkiem specjalizacji w dziedzinie

W okresie zatrudnienia, lekarz odbywał/nie odbywał* szkolenie specjalizacyjne:

w dziedzinie

w jednostce szkolącej

Okres szkolenia od dnia do dnia.....

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Wydziale Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, na postępowanie kwalifikacyjne o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego.

.....
/podpis i pieczęć pracodawcy/

*Niepotrzebne skreślić