……………………………………….……………………….. Kielce, dn. ……………………………………

(nazwisko i imię Wnioskodawcy)

…………………………………………………………………

(adres zamieszkania, telefon)

…………………………………………………………………

**Wojewoda Świętokrzyski**

**informacja o planowanej nieobecności w pracy**

Przedkładam informację o planowanej nieobecności w pracy trwającej dłużej niż 3 miesiące   
z powodów określonych w art. 16l. ust. 1 i 2 ustawy tj. od dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
do dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z powodu :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podstawa prawna: art. 16l ust. 6 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 464)*

…….……………………………………………………………

(podpis i pieczęć lekarza odbywającego specjalizację )

**Uwaga:**

**Obowiązek złożenia informacji, dotyczy lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji   
w postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzanym w terminie 01.10-31.10.2011 r. i następnych.**