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

(nazwisko i imię lekarza odbywającego specjalizację; tel. kontakt.)

…………………………………………………………………

( dziedzina specjalizacji)

…………………………………………………………………

(nazwa jednostki szkolącej)

**Świętokrzyski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
w Kielcach**

**al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

**Informacja o planowanej nieobecności w pracy trwającej dłużej niż 3 miesiące**

Zgodnie z art. 16l. ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
przedkładam informację o **planowanej nieobecności w pracy trwającej dłużej niż 3 miesiące,**

od dnia …………………………………………do dnia …………………………………………

z powodu …………………….……………………………………………………………………

 ………………….……………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza odbywającego specjalizację )