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

(nazwisko i imię lekarza odbywającego specjalizację)

…………………………………………………………………

(adres zamieszkania)

…………………………………………………………………

( tel. kontakt)

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

**Al. X Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

**Rezygnacja z odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Informuję, że rezygnuję z odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ………………………………………………………………………… i z dniem ………………………………….. zaprzestaję odbywania specjalizacji.

 …………………………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza)