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

(nazwisko i imię Wnioskodawcy)

…………………………………………………………………

(adres zamieszkania, telefon)

…………………………………………………………………

 Numer Prawa wykonywania zawodu

**Wojewoda Świętokrzyski**

**Wniosek o przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego**

Proszę o wyrażenie zgody na kontynuowanie od dnia ……………………………………………………………..

specjalizacji w dziedzinie …………….…………………………………………………………………………………………….

w trybie …………………………………………………………………………………………………………………………………….

w jednostce akredytowanej …………………………………………………………………........................................

 (nazwa nowej jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie Wniosku** *(krótko, konkretnie):*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Informacja o dotychczasowym przebiegu szkolenia specjalizacyjnego**

Postępowanie kwalifikacyjne o odbywanie specjalizacji przeprowadził …………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………

w terminie …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dotychczasowe miejsce odbywania szkolenia ………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………...................

Data rozpoczęcia szkolenia………………………………………………………………………………………………………….

Tryb szkolenia …………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………..

 (podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

**Lekarze posiadający Elektroniczne Karty Specjalizacyjne EKS**

Potwierdzenie wpisu lekarza w SMK do Rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne

w dziedzinie ………………………………… Nr wpisu ………………………………………..

………………………………………………………….. ………………………………………………………………..

 (pieczęć Urzędu Wojewódzkiego) (data i podpis pracownika Urzędu Wojewódzkiego)

**……………………………………………………………………………………………………………………..................**

**Zgoda jednostki akredytowanej na kontynuowanie szkolenia specjalizacyjnego**

…………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………….

 (podpis i pieczęć dyrektora jednostki ) (podpis i pieczęć ordynatora/kierownika oddziału)

 ……………………………………………………..

(miejscowość, data)

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

**Wymagane załączniki:**

* Kserokopia karty specjalizacyjnej - papierowej (strona 1 i 2 uzupełniona )
* Zaświadczenie o okresach nieobecności w pracy (dot. rezygnacji z rezydentury i kontynuowania szkolenia w trybie pozarezydenckim)

**Dodatkowo lekarze odbywający specjalizację za zgodą nowego pracodawcy załączają**

* Zaświadczenie o zatrudnieniu (okres zatrudnienia i wymiar czasu pracy)
* Pisemną zgodę pracodawcy na odbywanie specjalizacji

**Opinia konsultanta wojewódzkiego w przypadku przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego z innego województwa na obszar województwa świętokrzyskiego**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………..

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć konsultanta woj. świętokrzyskiego)