

.....
(nazwisko i imię Wnioskodawcy)

Kielce, dn.

.....
(adres zamieszkania, telefon)

.....

Wojewoda Świętokrzyski

dot. rezygnacji z kontynuowania specjalizacji

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

.....
(podpis i pieczęć lekarza)