

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
miejscowość, data

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
posiadane specjalizacje

.....
data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego i tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

.....
adres korespondencyjny lekarza, nr telefonu

.....
aktualne miejsce zatrudnienia lekarza (nazwa i adres podmiotu)

.....
imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji, telefon, adres email

**Dyrektor
Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego**

WNIOSEK

Na podstawie art. 16 m ust. 8 i 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464, z późn. zm.) wnioskuję o uznanie niżej wymienionych staży/ kursów odbytych w kraju lub za granicą za równoważne ze zrealizowaniem części programu specjalizacji w zakresie

Lp.	nazwa stażu szkoleniowego/ kierunkowego odbytego	nazwa kraju	Nazwa stażu zgodna z aktualnie odbywanym szkoleniem specjalizacyjnym	nazwa jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego(kraj)	okres realizacji stażu (od- do)	wymiar uznania stażu (w jednostkach czasu zgodnych z programem specjalizacji)

***/ wymiar uznania stażu nie może być większy niż określony w programie specjalizacji**

Lp.	nazwa kursu	nazwa kraju	odniesienie do programu specjalizacji – nazwa kursu, czas trwania, organizator	okres realizacji kursu (od – do)

Wnioskuje * :

1. o **uznanie** ww. staży/kursów zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego za równoważne ze zrealizowaniem elementów programu specjalizacji i **skrócenie** okresu odbywanego szkolenia specjalizacyjnego omiesięcy/dni roboczych.
2. o **uznanie** ww. staży/kursów zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego za równoważne ze zrealizowaniem elementów programu specjalizacji.
3. o **uznanie** do okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego ww. staży/kursów zrealizowanych **za granicą** w okresie aktualnie odbywanego szkolenia specjalizacyjnego.

****/ niewłaściwe skreślić***

Uwaga !

pkt 1 i 2 - dotyczy staży /kursów odbytych w kraju lub za granicą, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne, jeżeli okres od dnia ich ukończenia do dnia rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego nie jest dłuższy niż 5 lat.

w załączeniu:

- 1.) dokumenty potwierdzające odbycie elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje dotyczące terminu i miejsca odbycia danego szkolenia, trybu jego realizacji, zakresu oraz programu zrealizowanego szkolenia, wraz z wykazem zbiorczym zabiegów i procedur medycznych, które lekarz wykonywał lub w nich uczestniczył, z podaniem ich liczby;
- 2.) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię prawa wykonywania zawodu;
- 3.) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dyplomu posiadanej specjalizacji;
- 4.) poświadczoną za zgodność z oryginałem aktualną kopię karty szkolenia specjalizacyjnego
- 5.) opinię kierownika specjalizacji potwierdzającą wiedzę i umiejętności w zakresie zrealizowanych elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku;
- 6.) zaświadczenie wydane przez podmiot zatrudniający lekarza w okresie realizacji elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje o wymiarze zatrudnienia oraz ewentualnych nieobecnościach lekarza.

****(w przypadku załączenia kopi dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem, poświadczenia takiego może dokonać jednostka wystawiająca dany dokument lub notariusz)

.....
Podpis i pieczęć lekarza