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

(nazwisko i imię lekarza) (miejscowość, data)

……………………………………………………………………….

(adres do korespondencji)

………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………..

( tel. kontakt /elektroniczna skrzynka podawcza)

**Wojewoda Świętokrzyski**

***za pośrednictwem***

**Dyrektora**

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

**Oświadczenie o rezygnacji z rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego**

Świadoma/y, korzystająca/y z pełni praw cywilnych i obywatelskich oraz uprzedzona/y   
o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć   
za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności   
od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że: rezygnuję z rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie ……………………………………………………………………………………… i tym samym informuję o niepodjęciu  
 przeze mnie szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od dnia wskazanego jako dzień rozpoczęcia tego szkolenia na skierowaniu w myśl zapisów art. 16o ust. 1 pkt. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Proszę o wykreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne oraz wyrażam zgodę na wydanie przez Wojewodę Świętokrzyskiego decyzji w tej sprawie zgodnie z art. 16o ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.

Jestem świadoma/y uprawnień, wynikających z art. 10 k.p.a., polegających na prawie czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów   
i materiałów oraz zgłoszenia żądań w sprawie.

…………………………………………..

(podpis i pieczęć lekarza)