

.....
(nazwisko i imię lekarza)

.....
(miejsowość, 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 Mazowieckiego 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)