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

/ pieczęć jednostki organizacyjnej

prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lekarza /

**Świętokrzyski Urząd Wojewódzki
w Kielcach**

**Wydział Polityki Społecznej
i Zdrowia**

**Al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

## Wniosek kierownika specjalizacji o dodatkowe przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego

Na podstawie art. 16m. ust. 7 pkt.7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U.
z 2019 r. poz. 537) wnioskuję o dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie……………………….……………………………….lekarza,
odbywającego szkolenie specjalizacyjne pod moim kierunkiem Pana/Pani ……………………………………………………………………………………………………...

od dnia ……………………………………….do dnia ……………………………………………

**Uzasadnienie przyczyn niezrealizowania programu specjalizacji w planowanym terminie:** ……………………………………………………………………….......…………………………………………………………………………………………………........……………………..……………………………………………………………………………...........................................

**Do zrealizowania programu specjalizacyjnego lekarzowi pozostały następujące elementy:**

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

(nazwa i czas trwania)

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

(nazwa i czas trwania)

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

(nazwa i czas trwania)

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

(nazwa i czas trwania)

**Planowany tryb kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego 1:**

**Tryb pozarezydencki – wymagana zgoda pracodawcy**

1) **na podstawie** **umowy o pracę** lub **umowy cywilnoprawnej** w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;

2) **w ramach** **płatnego urlopu szkoleniowego** udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów;

3) **na podstawie** **umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne**, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej **i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych** udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;

**Tryb pozarezydencki – niewymagana zgoda pracodawcy**

1) **na podstawie** **umowy cywilnoprawnej** **o szkolenie specjalizacyjne**, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania;

1Właściwe podkreślić

 ……………………………………… ………………………………………………..

 (**podpis i pieczęć lekarza** ) ( **podpis i pieczęć kierownika specjalizacji**)

 **Wymagane załączniki:**

1. dokumenty potwierdzające argumenty użyte w uzasadnieniu wniosku;
2. kopia karty specjalizacyjnej (pierwsze 3 strony uzupełnionej karty z adnotacją
o dotychczasowym przedłużeniu szkolenia o czas nieobecności lekarza w pracy)
3. Zgoda pracodawcy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne (jeżeli dotyczy)