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

(nazwisko i imię Wnioskodawcy)

…………………………………………………………………

(adres zamieszkania, telefon)

…………………………………………………………………

Numer Prawa wykonywania zawodu

**Wojewoda Świętokrzyski**

**Wniosek o przeniesienie szkolenia specjalizacyjnego**

Proszę o wyrażenie zgody na kontynuowanie od dnia ………………………………………………………………..

specjalizacji w dziedzinie …………….……………………………………………………………………………………………….

w trybie …………………………………………………………………………………………………………………………………………

w jednostce akredytowanej na obszarze województwa świętokrzyskiego ........................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa nowej jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego)

**Uzasadnienie Wniosku** *(krótko, konkretnie):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Informacja o dotychczasowym przebiegu szkolenia specjalizacyjnego**

Postępowanie kwalifikacyjne o odbywanie specjalizacji przeprowadził w terminie…..….……………………….  
Urząd Wojewódzki w …..…………………………………. lub (od jesieni 2022 r.) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – postępowanie ogólnopolskie\*

Dotychczasowe miejsce odbywania szkolenia ……………………………………………………………………………………………

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

Data rozpoczęcia szkolenia……………………………………………………………………………………………………………

Tryb szkolenia ……………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………..

(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

* Niepotrzebne skreślić

**Lekarze posiadający Elektroniczne Karty Specjalizacyjne EKS**

Potwierdzenie wpisu lekarza w SMK do Rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne

w dziedzinie ………………………………… Nr wpisu ………………………………………..

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

(pieczęć Urzędu Wojewódzkiego) (data i podpis pracownika Urzędu Wojewódzkiego)

**……………………………………………………………………………………………………………………..................**

**Zgoda jednostki akredytowanej na kontynuowanie szkolenia specjalizacyjnego**

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

(podpis i pieczęć dyrektora jednostki ) (podpis i pieczęć ordynatora/kierownika oddziału)

……………………………………………………..

(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wymagane załączniki:**

* Kserokopia karty specjalizacyjnej - papierowej (strona 1 i 2 uzupełniona )
* Zaświadczenie o okresach nieobecności w pracy (dot. rezygnacji z rezydentury i kontynuowania szkolenia w trybie pozarezydenckim)

**Dodatkowo lekarze odbywający specjalizację za zgodą nowego pracodawcy załączają**

* Zaświadczenie o zatrudnieniu (okres zatrudnienia i wymiar czasu pracy)
* Pisemną zgodę pracodawcy na odbywanie specjalizacji

**Opinia konsultanta wojewódzkiego w przypadku przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego z innego województwa na obszar województwa świętokrzyskiego**

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć konsultanta woj. świętokrzyskiego)