

.....
Miejscowość

.....
data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

.....
Dziedzina specjalizacji

**Wojewoda Kujawsko-Pomorski
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki
w Bydgoszczy**

**WNIOSEK
o skreślenie z Rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację
na obszarze województwa kujawsko-pomorskiego**

Uprzejmie informuję, że od dnia zaprzestaję realizowania programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
Proszę o wykreślenie mnie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie
na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

.....
(podpis i pieczęć wnioskującego)

Załączniki:

1. Kopia zaświadczenia lekarskiego o przeciwwskazaniach do kontynuowania specjalizacji;
(dotyczy osób odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury)
2. Kopia świadectwa pracy lub zaświadczenia o rozwiązaniu umowy o pracę;
(dotyczy osób odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury)
3. Karta szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych.
(dot. osób zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przed 1 maja 2017 r.)