

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
miejsowość, data

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
nazwa specjalizacji / data rozpoczęcia i zakończenia szkolenia specjalizacyjnego

.....
planowany termin egzaminu: sesja wiosna/jesień.....rok

.....
postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone przez Urząd Wojewódzki w (miejsowość).....

.....
adres korespondencyjny, nr telefonu lekarza

.....
aktualne miejsce zatrudnienia lekarza (nazwa i adres podmiotu)

.....
imię i nazwisko lekarza specjalisty nadzorującego pracę lekarza przy zwalczaniu epidemii lub innych zadań będących przedmiotem wniosku, wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której lekarz został skierowany przez wojewodę lub pracodawcę

**Dyrektor
Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego**

WNIOSEK

Na podstawie art. 16m ust. 17 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020 r., poz. 514, z późn. zm.) **wnoszę o uznanie okresu** od..... do.....

(tj. dni roboczych) wykonywania przeze mnie* :

1) pracy przy zwalczaniu epidemii w

.....
nazwa i adres podmiotu, w którym wykonywana była praca

2) innych zadań niż wynikające z umowy, na podstawie której odbywam szkolenie specjalizacyjne w.....

.....
nazwa i adres podmiotu, w którym realizowane były zadania

jako równoważny z zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

.....
*/ niewłaściwe skreślić

w załączeniu:

- 1.) dokument potwierdzający skierowanie lekarza przez wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii lub skierowanie przez pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy, na podstawie której lekarz odbywa specjalizację, jeżeli nie została wydana ww. decyzja wojewody, o której mowa w art. 16m ust. 15 pkt 1 ww. ustawy,
- 2.) kopia prawa wykonywania zawodu,
- 3.) kopia karty szkolenia specjalizacyjnego lub wydruk z Elektronicznej Karty Specjalizacji (część zawierająca okres szkolenia specjalizacyjnego),
- 4.) zaświadczenie potwierdzające realizowanie zadań, o których mowa w art.16m ust. 15 ustawy, we wnioskowanym okresie.

.....
podpis i pieczęć lekarza

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych”, opublikowaną na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (zakładka: uznawanie kwalifikacji - komunikaty) i przyjmuję do wiadomości jej treść.

.....
czytelny podpis i data