**Wniosek o wydanie zgody Dyrektora CMKP na odbycie specjalizacji  
w dziedzinie** …………………………………………………………………[[1]](#footnote-1)

1. Imię (imiona) i nazwisko wnioskodawcy……………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia……………………………………………………………….........
3. Numer PESEL, a przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:  
   nazwa i numer dokumentu oraz państwo jego wydania…………………………………..

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

1. Adres do korespondencji oraz numer telefonu i adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada:………………………………………………………………………………..............
2. Określenie przedmiotu wniosku………………………………………………………………
3. Nazwa ukończonej uczelni oraz uzyskany tytuł zawodowy:………………………………

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

1. Informacja o:
2. wykonywaniu czynności zawodowych zgodnych z programem szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie ochrony zdrowia:……………………………….

……………………………………………………………………………………………….

1. aktualnym miejscu zatrudnienia:………………………………………………………….

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

1. posiadanym stopniu lub tytule naukowym:……………………………………………….
2. posiadanych tytułach specjalisty lub specjalizacjach……………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………

miejscowość, data, podpis wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

kopia:

1. dyplomu ukończenia studiów wyższych,
2. dokumentu potwierdzającego posiadanie stopnia lub tytułu naukowego,
3. dyplomu potwierdzającego posiadanie tytułu specjalisty lub specjalizacji,
4. dokumentu potwierdzającego wykonywanie co najmniej przez 2 lata w ciągu ostatnich 5 lat czynności zawodowych zgodnych z programem szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie ochrony zdrowia.

1. Podstawa prawna: art. 10 Ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2017 poz. 599). [↑](#footnote-ref-1)