**- wzór –**

**Wniosek o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego (cząstkowego) do specjalizacji przez lekarza zatrudnionego**

**w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im prof. K. Gibińskiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Katowice, dnia ……………………….

 **Zastępca Dyrektora ds. Medycznych**

 **Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego**

 **im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego**

 **Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

w/m

………………………………..

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

1. **Informacje dotyczące stażu**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego do specjalizacji

w dziedzinie ……………………………………………………………………………………

(nazwa specjalizacji)

w ………………………………………………………………………………………………..

(nazwa podmiotu, w którym ma być prowadzony staż ze wskazaniem komórki/jednostki organizacyjnej)

w zakresie ……………………………………………………………………………………….

(nazwa odbywanego stażu)

w okresie ………………………………………………………………………………………..

(termin odbywania stażu)

podpis Wnioskodawcy

1. **Akceptacja wniosku przez Kierownika Komórki Organizacyjnej Szpitala**

Akceptuję Nie akceptuję

podpis i pieczęć

Kierownika Komórki Organizacyjnej

1. **Decyzja Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych**

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych