**Wniosek lekarza stażysty zatrudnionego w innym podmiocie o wyrażenie zgody**

**na odbywanie stażu personalizowanego w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Katowice, dnia ……………………

……………………………………………..

(imię i nazwisko)

**Dyrektor**

**Uniwersyteckiego Centrum**

**Klinicznego w Katowicach**

## Informacje dotyczące stażu

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu personalizowanego

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

(nazwa odbywanego stażu)

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

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

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

(termin odbywania stażu)

..................................................................

podpis wnioskodawcy

**II. Akceptacja wniosku przez Kierownika Komórki Organizacyjnej**

.....................................................

podpis i pieczęć

Kierownika Komórki Organizacyjnej