

.....
(miejscowość i data)

Imię i nazwisko:

Adres:

.....

Tel. kont.:

Adres e-mail:

**Dyrektor
SK MSWiA z W-MCO
w Olsztynie**

**Podanie o wyrażenie zgody na realizację stażu lekarskiego
w SK MSWiA z W-MCO w Olsztynie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość realizacji stażu*:

a) podyplomowego w zakresie

b) kierunkowego w zakresie do specjalizacji z

w

(nazwa kliniki/oddziału/zakładu)

w terminie od do r.

Jestem lekarzem

(nazwa szpitala)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

- W załączeniu przedkładam *Zaświadczenie o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii* (uzyskane z Krajowego Rejestru Karnego).

.....
ZGODA OPIEKUNA STAŻU

(podpis ordynatora/lekarza kierującego oddziałem)

* wybierz właściwy rodzaj stażu