

# Z a w i a d c z e n i e

## WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

### *Ad 2a.*

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie .....  
przez Pana / Panią ..... w ramach umowy o pracę lub umowy  
cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia,  
zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny,  
w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych  
zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego i zawartej z Panem / Panią przez

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika)

---

## WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

### *Ad 2b.*

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie .....  
przez Pana / Panią : ..... w ramach  
płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na okres trwania specjalizacji

.....  
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika)

# Z a w i a d c z e n i e

## WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

### *Ad 2c.*

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie .....  
przez Pana / Panią: ..... w ramach  
umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie  
specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji z ww. przez

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

oraz płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych ww. zgodnie z programem specjalizacji,  
na wniosek kierownika specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

---

## Wypełnia Podmiot Prowadzący Studia Doktoranckie lub Jednostka Organizacyjna Zatrudniająca lekarza

### *Ad 2e.*

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie .....  
przez Pana / Panią : ..... w ramach  
poszerzenia o program specjalizacji zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich,  
właściwych dla wnioskowanej specjalizacji, odbywanych przez ww. w okresie  
od ..... do ..... w .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika studium doktoranckiego)

Wyrażam zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego / bezpłatnego Panu / Pani  
..... w celu odbycia specjalizacji w dziedzinie  
..... w ramach odbywania studiów doktoranckich

.....  
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika)

