

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka jednostki szkolącej)

**Wojewoda Śląski**  
**Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach**  
**ul. Jagiellońska 25**  
**40-032 Katowice**

**WNIOSEK**  
**O DODATKOWE PRZEDŁUŻENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**  
**W DZIEDZINIE: .....**

Wnioskuje o dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego lekarza/lekarza dentysty  
..... do dnia .....

Szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim .....

Rzeczywisty okres szkolenia od dnia ..... do dnia .....

Dotychczasowe przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego do dnia<sup>1</sup> .....

Do zrealizowania ww. lekarzowi pozostały następujące elementy programu specjalizacji (nazwa i czas trwania):  
.....  
.....  
.....

Uzasadnienie niezrealizowania programu specjalizacji w terminie<sup>2</sup> .....

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

.....  
(podpis i pieczętka lekarza)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(zgoda konsultanta wojewódzkiego)

.....  
(zgoda dyrektora podmiotu prowadzącego  
szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(zgoda Wojewody Śląskiego)

**Załączniki**

<sup>1</sup> Kopia karty szkolenia specjalizacyjnego z uzupełnieniami w punkcie dotyczącym przedłużenia czasu trwania specjalizacji

<sup>2</sup> Dokumenty potwierdzające przyczyny niezrealizowania programu specjalizacji w terminie