

.....
(Nazwisko i imię)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

**Pełnomocnik Rektora
Uniwersytetu Medycznego
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych
Prof. dr hab. Eligia M. Szewczyk**

PODANIE O PRZEDŁUŻENIE/SKRÓCENIE SPECJALIZACJI

Uprzejmie proszę o przedłużenie/skrócenie specjalizacji z.....
tryb podstawowy/uzupełniający o okres
z powodu.....

.....
(Data i podpis)

.....
(Podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....
(Podpis i pieczęć Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie)

.....
(Podpis i pieczęć Pełnomocnika Rektora UM
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych)

**Do podania powinna być dołączona karta specjalizacyjna z dokonaniem na stronie 2 w pkt. 17 i 18 podpisem i pieczęcią kierownika specjalizacji. Uzasadnienie wpisuje OKP.*