

.....
.....
(Nazwisko i imię)
.....
.....
(Adres, telefon)

.....
(Miejscowość, data)

**Pełnomocnik Rektora
Uniwersytetu Medycznego
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych**

REZYGNACJA ZE SPECJALIZACJI

Uprzejmie informuję, że rezygnuję z odbywania specjalizacji podstawowej/ uzupełniającej w dziedzinie.....(nabór.....)
z powodu

.....
(Data i podpis)

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

.....
(Podpis i pieczęć Pełnomocnik Rektora
Uniwersytetu Medycznego
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych)

*do podania należy dołączyć kartę specjalizacyjną z podpisem i pieczęcią kierownika specjalizacji na stronie 3 w pkt 19 (uzasadnienie wpisuje pracownik Biura Oddziału Kształcenia Podyplomowego).