

	ZŁ/03 - PP/03 - ZZ Podnoszenie kwalifikacji zawodowych	Wydanie: 1 Data wydania: Lipiec 2025r. Strona 1 z 1
	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI DZIAŁ INFORMACJI NAUKOWEJ (DIN)	

ZGŁOSZENIE

na szkolenie/ kurs/ staż kierunkowy w zakresie kształcenia specjalizacyjnego *

1. Dane pracownika

- a. Nazwisko i imię:
- b. Stanowisko (rezydentura/inne):
- c. Nr prawa wykonywania zawodu:
- d. Komórka organizacyjna:

2. Nr kursu:

.....

3. Temat szkolenia/kursu/stażu kierunkowego:

.....

4. Miejsce szkolenia (ON-LINE/ ICZMP/ inne - podać jakie):

.....

5. Termin kształcenia:

.....

6. Specjalizacja z dziedziny:

.....

7. Uzasadnienie celowości podjęcia kształcenia:

.....

.....
(Data, pieczęć i podpis uczestnika szkolenia)

.....
(Data, podpis i pieczęć Kierownika specjalizacji)

.....
(Data, podpis i pieczęć Kierownika komórki organizacyjnej)

Akceptacja Dyrektora

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*

.....
*(Data, podpis i pieczęć Dyrektora ICZMP
lub osoby upoważnionej przez Dyrektora ICZMP)*

* zaznaczyć właściwe

Uwaga: Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Informacji Naukowej (tel.: 42 271 16 07), najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia szkolenia/ kursu/ stażu kierunkowego.