

	ZŁ/04 - 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)	

WNIOSEK
w sprawie odbycia stażu kierunkowego w ICZMP

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejsce odbywania specjalizacji

.....
Nazwa kliniki, oddziału, zakładu, itp.

.....
Nr prawa wykonywania zawodu/ numer telefonu

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w:

.....
(komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.)

z zakresu w terminie od

..... do w ramach specjalizacji z

.....

.....
(Podpis i pieczęć kierownika specjalizacji lub
Jednostki Kierującej)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Akceptacja Dyrektora ICZMP

.....
/Data i podpis kierownika jednostki/komórki
szkolącej/

.....
/Data, pieczęć i podpis Dyrektora ICZMP lub osoby
upoważnionej przez Dyrektora ICZMP/

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 stażu kierunkowego.