Załącznik nr 1

do Zarządzenia

**Część A**

**Wniosek** **lekarza zatrudnionego w innym podmiocie o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego**.

................................................ Warszawa, dnia ………….

Imię i Nazwisko

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

Numer PWZ

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

Numer telefonu

**Dyrektor**

**Samodzielnego Zespołu**

**Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego**

**Warszawa Praga Południe**

**ul. Krypska 39**

**04-082 Warszawa**

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie Pediatrii zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej sprawującej opiekę nad dziećmi w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe ul. Krypska 39

w terminie : …………………………………………………………

(termin odbywania stażu)

……………………………………. Podpis i pieczęć lekarza

**Część B**

**Akceptuję odbywanie stażu w ZLO ul.** ………………………………………………………………………..

**na Opiekuna stażu wyznaczam :** ……………………………………………………………

( imię i nazwisko lekarza- opiekuna stażu)

………………………………………

( data i podpis Kierownika ZLO )

……………………………………………………………………..

data, podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora Ds. Lecznictwa )

**WYRAŻAM ZGODĘ**

……………………………………………

( data , podpis i pieczęć Dyrektora)