

Załącznik nr 1  
do Zarządzenia

## Część A

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

Warszawa, dnia .....

**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)