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

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

 Miejsce odbywania specjalizacji

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

 Numer telefonu / adres e-mail

**Dyrektor**

**Samodzielnego Zespołu**

**Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego**

**Warszawa Praga Południe**

**ul. Krypska 39**

**04-082 Warszawa**

 Proszę o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej sprawującej opiekę nad dziećmi w S Z P Z L O Warszawa Praga Południe

w terminie ………………………………………………………………………………………………………..………..

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

**Część B**

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

**w terminie**………………………………………………………………………………………………………**.**

**Na Opiekuna stażu wyznaczam:** ………………………………...……………………………...………

……………………………………………………………………..

 ( podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora Ds. Lecznictwa )

**WYRAŻAM ZGODĘ**

……………………………………………

 ( data, podpis i pieczęć Dyrektora)