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)