

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres zameldowania:

.....

.....

Adres do korespondencji:

.....

.....

Numer telefonu:

Adres e-mail:

**Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa**

WNIOSEK

Na podstawie z art. 15 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2023, poz. 1516), zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie Decyzji potwierdzającej odbycie przeze mnie szkolenia praktycznego trwającego 6 miesięcy.

W załączeniu przedkładam:

- zaświadczenie potwierdzające ukończenie studiów na kierunku lekarskim/lekarsko-dentystycznym,
- zaświadczenie potwierdzające zaliczenie szkolenia praktycznego zgodnie z programem.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia praktycznego,
2. zaświadczenie o ukończeniu jednolitych studiów magisterskich kierunku lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego.