

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zameldowania

Adres do korespondencji.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e – mail.....

Minister Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

WNIOSEK

Na podstawie art. 15p ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych ustaw (Dz. U. 2024 poz.1287), zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie Decyzji potwierdzającej odbycie przeze mnie szkolenia praktycznego trwającego 6 miesięcy.

W załączeniu przekazuję:

- zaświadczenie potwierdzające ukończenie studiów na kierunku lekarskim/lekarsko-dentystycznym;
- zaświadczenie potwierdzające zaliczenia 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