

.....
pieczętka nagłówkowa Kliniki, Zakładu lub
Oddziału w którym lekarz będzie odbywał
specjalizację

O Ś W I A D C Z E N I E

Potwierdzam objęcie kierownictwa nad specjalizacją Pana /Pani

w dziedzinie

od dnia

Miejsce odbywania specjalizacji
(dokładna nazwa miejsca odbywania specjalizacji)

Imię i nazwisko Kierownika specjalizacji.....

Telefon kontaktowy do Kierownika specjalizacji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i aktualizację moich danych osobowych przez
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne zawartych w oświadczeniu zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r.
o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019r.,poz. 1781)

.....
data
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji

.....
podpis i pieczętka Kierownika /Ordynatora
Kliniki, Oddziału lub Zakładu