

OŚWIADCZENIE

do wniosku o rozpoczęcie specjalizacji w dziedzinie

Upředzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, co następuje:

1. Składam wniosek w trybie:

- rezydentury
- rezydentury i pozarezydentum – w przypadku zakwalifikowania mnie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego we wnioskowanej dziedzinie w obu trybach, oświadczam, że wybieram tryb
- pozarezydentum

2. Byłam/em zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury*

Nie byłam/em zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury*

3. Nie mam rozpoczętej aktualnie żadnej specjalizacji* / Mam rozpoczętą specjalizację*

w dziedzinie.....

w trybie.....

w województwie

W przypadku pozytywnej kwalifikacji na rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego we wnioskowanej dziedzinie, oświadczam, że niezwłocznie zrezygnuję z aktualnie odbywanej specjalizacji i dostarczę do Wydziału Zdrowia Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, decyzję o skreśleniu z rejestru lekarzy w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania kwalifikacyjnego na stronie www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl

4. Uzyskałam/em * / Nie uzyskałam/em potwierdzenia realizacji programu specjalizacji*

w dziedzinie.....

5. Posiadam specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty* / Nie posiadam specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty *

w dziedzinie.....

*właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY O WYBORZE MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

W przypadku zakwalifikowania mnie do odbywania specjalizacji we wnioskowanej dziedzinie medycyny, proszę o skierowanie mnie do niżej wymienionej jednostki szkolącej:

1.
(nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej)

2.

3.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie prowadzenia postępowania kwalifikacyjnego na specjalizację lekarzy i lekarzy dentyistów oraz realizacji szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....
miejsce i data złożenia oświadczenia

.....
podpis wnioskującego lekarza/lekarza dentyisty