

.....

(imię i nazwisko)

Krosno, .....

.....

(adres)

.....

(telefon)

Dyrekcja  
Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego  
im. Jana Pawła II w Krośnie

## P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia **stażu kierunkowego** w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie .....

odbywam w .....

(nazwa jednostki prowadzącej specjalizację)

Staż kierunkowy z zakresu .....  
chciałbym / chciałabym odbyć w:

1. ....

(nazwa oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie ..... w ilości ..... tygodni

2. ....

(nazwa oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie ..... w ilości ..... tygodni

.....  
(podpis lekarza)

---

**wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**

.....  
(podpis Dyrektora)