

.....  
(pieczęć jednostki Kierującej)

.....  
miejsce, data

.....  
(nr telefonu lekarza)

**Wniosek nr .....\***  
**osoby zatrudnionej w innym podmiocie o wyrażenie zgody**  
**na realizację stażu kierunkowego do specjalizacji**  
**w Akademickim Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej NZOZ**

**Dyrektor**  
**Akademickiego Centrum Stomatologii**  
**i Medycyny Specjalistycznej NZOZ w Bytomiu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację stażu kierunkowego  
w zakresie: .....

w .....  
(nazwa komórki organizacyjnej Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej NZOZ)

w okresie .....  
(termin realizacji stażu)

wymaganą do specjalizacji w dziedzinie .....

przez lekarza .....  
(imię i nazwisko lekarza)

.....  
(data, podpis i pieczęć osoby reprezentującej jednostkę Kierującą)

**Akceptuję**

**Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\*\***

.....  
(imię i nazwisko oraz pieczęć osoby kierującej  
komórką organizacyjną prowadzącą staż)

.....  
(data, podpis i pieczęć Dyrektora NZOZ/Prezes Zarządu)

\*numer nadaje Dział Kadr ACS

\*\*niepotrzebne skreślić