

.....  
miejsowość, data

.....  
nazwa jednostki

.....  
dane adresowe jednostki

.....  
telefon, e-mail

**Komisja ds. Kształcenia Medycznego  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

**Podanie o zwiększenie liczby miejsc stażowych w jednostce uprawnionej do prowadzenia  
staży podyplomowych lekarzy dentystów**

Ja niżej podpisana/y

.....  
nazwa jednostki

zwracam się z prośbą o zwiększenie liczby miejsc stażowych do ..... na liście podmiotów  
uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów.

**W jednostce możliwe do odbycia są następujące staże cząstkowe:**

- Stomatologia zachowawcza
- Stomatologia dziecięca
- Chirurgia stomatologiczna
- Protetyka stomatologiczna
- Periodontologia
- Ortodoncja

**Opiekunem stażysty(ów) będzie:**

.....  
tytuł zawodowy, imię i nazwisko, specjalizacja jeśli posiada

.....  
pieczęć i podpis kierownika jednostki

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z „Klauzulą informacyjną”, opublikowaną na stronie  
internetowej Wielkopolskiej Izby lekarskiej (zakładka: kontakt) i przyjmuję do wiadomości jej treść.

.....  
czytelny podpis i data

Rozpatrzone pozytywnie na posiedzeniu Komisji ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady  
Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu .....

.....  
pieczęć i podpis  
Przewodniczącego  
Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL