……………………………………………………… ..……………………… imię i nazwisko lekarza stażysty /miejscowość, data/

………………………………………………………

nr prawa wykonywania zawodu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

adres e-mail, adres korespondencyjny, nr telefonu lekarza stażysty

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

miejsce zatrudnienia (nazwa i adres podmiotu)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**imię i nazwisko lekarza specjalisty** nadzorującego pracę lekarza stażysty przy zwalczaniu epidemii lub innych zadań będących przedmiotem wniosku, wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której lekarz stażysta został skierowany przez wojewodę lub pracodawcę

**Okręgowa Rada Lekarska**

**Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 15o ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty
(t. jedn. Dz. U. z 2021 r., poz. 790 z późn. zm.), dalej jako „ustawa”, wnoszę o uznanie okresu:

**od ……………………………… r. do …………………….…….… r. (tj. ………..… dni roboczych)**

wykonywania przeze mnie¹:

1. pracy przy zwalczaniu epidemii w: ……………………………………………………………………… ………..………………..………………………………………………………...…………………………

/nazwa i adres podmiotu, w którym wykonywana była praca/

1. innych zadań niż wynikające z umowy, na podstawie której odbywam staż podyplomowy, w ……… …..…………………………………………………...……………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………….…

/nazwa i adres podmiotu, w którym realizowane były zadania/

**jako równoważny ze zrealizowaniem stażu cząstkowego w dziedzinie:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

W załączeniu:

1. dokument potwierdzający skierowanie lekarza stażysty przez wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii
lub skierowanie przez pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy o pracę, na podstawie której lekarz stażysta odbywa staż podyplomowy, jeżeli nie została wydana decyzja wojewody, o której mowa w 15o ust. 1 pkt 1 ustawy;
2. zaświadczenie potwierdzające realizowanie we wnioskowanym okresie zadań, o których mowa w art. 15o ust. 1 ustawy.

………………………………………………..

/podpis lekarza stażysty/

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/

Rozpatrzono pozytywnie/negatywnie na posiedzeniu Komisji ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu …………………………………..

………………………………………………………..…….

/pieczęć i podpis

Przewodniczącego Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL/