# MINISTER OBRONY NARODOWEJ

**DOKUMENT O PRZEDŁUŻENIE OKRESU SZKOLENIA**

**SPECJALIZACYJNEGO NR ....**

**Dziedzina medycyny: ......................................................................................................................**

**Część A** (wypełnia lekarz MON odbywający szkolenie specjalizacyjne)

1. Stopień\*, imię (imiona) i nazwisko .......................................................................................

2. Tytuł zawodowy ....................................................................................................................

3. Numer PESEL , a w przypadku jego braku dane dotyczące

dokumentu potwierdzającego tożsamość ..............................................................................

(nazwa, numer dokumentu, kraj i rok wydania)

4. Adres miejsca zamieszkania ..................................................................................................

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

5. Telefon: nr służbowy ...................................... nr komórkowy\*\* .........................................

6. Adres e-mail\*\* ......................................................................................................................

7. Przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego jest spowodowane: ..................................

.......................................................................................................................................................

(informacja dotyczy przyczyn przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego wynikających z art. 16l ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567)

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(opis przyczyn uzasadniających przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego, wynikających z art. 16l ust. 4 i 4a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i aktualizację moich danych osobowych przez Departament Wojskowej Służby Zdrowia zawartych w dokumencie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.............................. .........................................................................................................

(data) (podpis i pieczątka lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne)

**Część B** (wypełnia kierownik specjalizacji)

8. ................................................................................................................................................

(tytuł zawodowy, nazwisko i imię kierownika specjalizacji)

9. Numer PESEL .......................................................................................................................

10. Nr tel. kontaktowego .............................................................................................................

Na podstawie art. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza

i lekarza dentysty wnioskuję o przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego odbywanego

przez Pana/Panią\*\*\* ....................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

11. Nr karty szkolenia specjalizacyjnego ....................................................................................

w dziedzinie .................................................................................................................................

od dnia ............................................ do dnia ................................................................................

o okres ..........................................................................................................................................

(wpisać liczbę miesięcy, tygodni, o które zostanie przedłużone szkolenie specjalizacyjne)

12. Adres do korespondencji .......................................................................................................

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i aktualizację moich danych osobowych przez Ministra Obrony Narodowej zawartych w dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.............................. ............................................................................

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

**Część C** (wypełnia Minister Obrony Narodowej)

13. Imię i nazwisko ......................................................................................................................

14. Nr rejestru ..............................................................................................................................

15. Nr karty szkolenia specjalizacyjnego .....................................................................................

16. Dziedzina ...............................................................................................................................

17. Przedłużono okres szkolenia specjalizacyjnego o .................................................................

(podać liczbę miesięcy/tygodni)

18. Termin zakończenia szkolenia specjalizacyjnego po przedłużeniu .......................................

.......................................................................................................................................................

(podać datę planowanego zakończenia szkolenia specjalizacyjnego)

Podstawa prawna przedłużenia ....................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Na podstawie art. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

dentysty przedłużam okres/nie przedłużam okresu\*\*\* szkolenia specjalizacyjnego.

.............................. ...................................

(data) (podpis

Dokument wypełnia się pismem drukowanym.

Do dokumentu należy dołączyć kserokopię pierwszej i drugiej strony karty szkolenia

specjalizacyjnego.

Numer dokumentu nadaje Minister Obrony Narodowej.

\* Dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej.

\*\* Podanie informacji jest dobrowolne.

\*\*\* Niepotrzebne skreślić.