……………………………………………… Nowy Targ…………………

(imię i nazwisko Specjalizanta) (data)

**Do Dyrekcji**

**Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego**

**im. Jana Pawła II**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieobecność usprawiedliwioną – umowa o pracę/ zwolnienie z obowiązku świadczenia usług medycznych – umowa cywilno-prawna**\***

**w ramach przysługujących dni na samokształcenie** wynikających z programu specjalizacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba przysługujących dni**  **wg. programu specjalizacji** | **Termin/ liczba wnioskowanych dni** |
|  | Termin……………………………..  Liczba dni …………………………. |
| ……………………………………………………….  (**podpis wnioskodawcy Specjalizanta)** | |
| Wyrażam zgodę ………………………………………………………  (podpis Kierownika specjalizacji) | |
| Wyrażam zgodę ………………………………………………..  (podpis Kierownika/Ordynatora Oddziału) | |
| Należna liczba dni na samokształcenie: ……. dni  Wykorzystana liczba dni na samokształcenie do dnia złożenia wniosku:…………….  Liczba dni na samokształcenie wynikająca z niniejszego wniosku: …………………...  Pozostała liczba dni do wykorzystania: ……………….  ……………………………………  (podpis pracownika Działu Kadrowo-Płacowego) | |
| **Wyrażam zgodę** …………………………………………..  (**podpis Dyrektora)** | |

\*niepotrzebne skreślić