……………………………………………… Nowy Targ………………………

imię i nazwisko Specjalizanta (data)

………………………………………………………………..

(Komórka organizacyjna)

**Do Dyrekcji**

**Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego**

**im. Jana Pawła II w Nowym Targu**

Zwracam się z prośbą o usprawiedliwienie nieobecności – umowa o pracę/

zwolnienie z obowiązku świadczenia usług medycznych – umowa cywilno-prawna**\*** w związku z realizacją

**stażu kierunkowego/kursu specjalizacyjnego\*** realizowanego w ramach odbywanej specjalizacji

w zakresie:

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

(nazwa stażu kierunkowego/kursu specjalizacyjnego)

w terminie: ………………………………………………………………………….......................................

Staż kierunkowy będzie realizowany w/Organizatorem kursu specjalizacyjnego jest**\***:

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

(miejsce i adres odbywania stażu kierunkowego/nazwa Organizatora kursu)

Miejsce realizacji dyżuru medycznego w trakcie odbywania stażu kierunkowego**\*\***:

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

………………………………………

(podpis Specjalizanta)

………………………………………….

(podpis Kierownika specjalizacji)

…………………………………………

(podpis Kierownika/Ordynatora Oddziału)

**Wyrażam zgodę:**

………………………………………………..

(podpis Dyrektora)

**Kopię zgody otrzymują:**

1x Specjalizant

1x Kierownik/Ordynator Oddziału

1x Kierownik specjalizacji

1x Dział Organizacji i Kontraktowania Świadczeń

1x ………………………………………………

**UWAGA!**

W przypadku braku zgody na w/w nieobecność, Pracownik Działu Kadrowo – Płacowego lub Działu Organizacji i Kontraktowania Świadczeń informuje Kierownika/Ordynatora Oddziału, Specjalizanta oraz Kierownikowi specjalizacji.

Specjalizant jest zobowiązany do dostarczenia do Działu -Kadrowo-Płacowego potwierdzenia odbycia stażu kierunkowego/kursu specjalizacyjnego.

**\***niepotrzebne skreślić

**\*\*** uzupełnić jeśli dotycz