

Data .....

## **Wniosek o rozpoczęcie specjalizacji**

**Z .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Obywatelstwo .....
3. Numer PESEL .....
4. Data i miejsce urodzenia .....
5. Miejsce zamieszkania .....
6. Tel. domowy ..... tel. służbowy .....
7. Tytuł zawodowy .....
8. Data wydania i nr dyplomu szkoły wyższej .....
9. Miejsce wykonywania zawodu .....
10. Posiadany stopień naukowy .....  
nadany przez ..... w dniu .....  
tytuł pracy doktorskiej, habilitacyjnej .....
11. Posiadane specjalizacje (tytuł, data i nr dyplomu, podmiot wydający) .....
12. Miejsce odbywania studiów doktoranckich .....
13. Przynależność do towarzystw naukowych lub stowarzyszeń zawodowych .....  
(nazwa towarzystwa naukowego lub stowarzyszenia zawodowego, data przystąpienia)  
.....
14. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu).....

15. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej .....

.....

.....

.....

16. Nazwa i adres aktualnego miejsca pracy.....

.....

17. Zobowiązuję się do rozpoczęcia, odbywania i zakończenia specjalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

18. Potwierdzam zawarcie umowy cywilno-prawnej, o której mowa w § 11 ust. 4 na odbywanie specjalizacji \*\*

.....

.....

.....  
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej zatrudniającej wnioskodawcę lub jednostki prowadzącej studia doktoranckie)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki zatrudniającej)

19. Wynik postępowania kwalifikacyjnego

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki szkolącej)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć konsultanta wojewódzkiego)

\* farmaceuta, który jest obywatelem państwa innego niż Rzeczpospolita Polska wpisuje numer paszportu

\*\* dotyczy farmaceuty zatrudnionego na podstawie umowy o pracę