

Katowice, dnia .....

**Wniosek  
o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego do specjalizacji**

**Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego  
im. Andrzeja Mielęckiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie .....  
zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego  
w zakresie: .....

W .....  
(nazwa jednostki/komórki organizacyjnej)

w okresie .....  
(termin odbywania stażu)

.....  
(podpis lekarza ubiegającego się o staż)

---

**WYRAŻAM ZGODĘ**

.....  
(podpis i pieczęć osoby kierującej jednostką/komórką organizacyjną  
prowadzącą staż w SPSK im. A. Mielęckiego SUM )

**WYRAŻAM ZGODĘ**

.....  
(podpis i pieczęć Dyrektora SPSK im. A. Mielęckiego SUM)