

**W n i o s e k - skierowanie na staż podyplomowy *lekarza / *lekarza dentystry
na terenie działania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu**

Data rozpoczęcia stażu podyplomowego

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres stałego miejsca zamieszkania

Propozycje miejsc stażowych wg listy jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego (nazwa, adres):

- 1
-
- 2
-
- 3
-
- 4
-
- 5
-

Data

Podpis

.....
*** niepotrzebne skreślić**

Dolnośląska Rada Lekarska przyznaje lekarzowi, lekarzowi dentyście, członkowi Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, który posiada prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, miejsce odbywania stażu podyplomowego na terenie działania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej uwzględniając w pierwszej kolejności - lekarzy, lekarzy dentyстів, którzy składając dokumenty posiadają stałe miejsce zamieszkania na obszarze działania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (nie tylko w mieście, w którym chcą odbyć staż podyplomowy) i ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną. Stałe miejsce zamieszkania należy potwierdzić na Wniosku W-1 o przyznanie prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego.

Lekarze, lekarze dentyści posiadający stałe miejsce zamieszkania poza terenem działania Dolnośląskiej Izby Lekarskiej będą mieli przyznane miejsce stażowe w drugiej kolejności tzn. po przyznaniu miejsc stażowych dla osób posiadających stałe miejsce zamieszkania na terenie DIL.

Po złożeniu dokumentów nie będzie uwzględniana zmiana miejsca stałego zamieszkania.