

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE STAŻU PODYPLOMOWEGO  
na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi**

1. Nazwisko: .....
2. Imiona: .....
3. Stały adres zamieszkania: .....
4. Data i miejsce urodzenia: .....
5. Nr telefonu: .....
6. Zaświadczenie o ukończeniu studiów z dnia: .....  
Wydane przez .....
7. Średnia ocen z okresu studiów: .....
8. Preferowane placówki z listy uprawnionych:
  - a).....
  - b).....
  - c).....
  - d).....
  - e).....
  - f).....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
data

.....  
podpis

„Kierując lekarza, lekarza dentystę do odbycia stażu, okręgowa rada lekarska uwzględnia w kolejności lekarzy i lekarzy dentystów, którzy posiadają stałe miejsce zamieszkania na obszarze działania okręgowej rady lekarskiej i ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną, a także bierze pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy mogących jednocześnie odbywać staż w tym podmiocie. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 12, poz. 1082 ze zm.)