



Organizator: **Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego „European Trauma Course”

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹⁾

6. Adres do korespondencji

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 –

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

(kod)

(miejsowość)

.....
(ulica)

.....
(nr domu)

.....
(nr mieszkania)

.....
(województwo)

Nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾

7. Tytuł naukowy

8. Specjalizacja (można zaznaczyć więcej niż jedną, jeśli jest)

- a) chirurgia ogólna – w trakcie/zakończona*
- b) chirurgia dziecięca - w trakcie/zakończona*
- c) torakochirurgia - w trakcie/zakończona*
- d) chirurgia naczyniowa - w trakcie/zakończona*
- e) neurochirurgia - w trakcie/zakończona*
- f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu - w trakcie/zakończona*
- g) urologia- w trakcie/zakończona*
- h) urologia dziecięca - w trakcie/zakończona*

*niepotrzebne skreślić

9. Numer dyplomu specjalizacji z nazwą specjalizacji (dotyczy lekarzy, którzy zakończyli specjalizację – można wprowadzić więcej niż jeden jeśli jest)

.....

10.Numer prawa wykonywania zawodu

.....

11.Numer karty specjalizacyjnej z nazwą specjalizacji (dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji)

.....

Zastrzegamy obowiązek przesłania kopii dyplomu specjalizacji, karty specjalizacyjnej, prawa do wykonywania zawodu na adres: csm2etc@umed.wroc.pl wraz z formularzem. Nieprzesłanie ww dokumentów do dnia 15 maja będzie skutkowało przerwaniem procesu rekrutacji. Wypełnienie formularza oraz przesłanie dokumentów nie jest tożsame z zakwalifikowaniem na kurs: o zakwalifikowaniu na kurs decyduje liczba punktów rekrutacyjnych i kolejność zgłoszeń (formularz + dokumenty).

W tytule prosimy wpisać imię i nazwisko z dopiskiem ETC.

Jest to warunek niezbędny do wzięcia udziału w rekrutacji.

.....

podpis

