

Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu
pn. „Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy w
Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu”

Organizator: **Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego „Intensywny Praktyczny Kurs Chirurgii Endoskopowej u Dzieci”

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹⁾

6. Adres do korespondencji

--	--

 –

--	--	--	--

.....
(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: csm2endo@umed.wroc.pl wraz z formularzem. Nieprzesłanie ww. dokumentów do dnia 6 grudnia 2019 r. 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 ENDO.

Jest to warunek niezbędny do wzięcia udziału w rekrutacji.

.....

podpis