



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. PESEL<sup>1)</sup> .....

6. Adres do korespondencji 

--	--

 – 

--	--	--	--

 .....

(kod)

(miejscowość)

.....  
(ulica)

.....  
(nr domu)

.....  
(nr mieszkania)

.....  
(województwo)

Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....

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](mailto:csm2endo@umed.wroc.pl) wraz z formularzem. Nieprzesłanie ww. dokumentów do dnia 5 stycznia 2020 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*