

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „Rozwój praktycznego kształcenia podyplomowego lekarzy w Centrum Symulacji Medycznej we Wrocławiu” - Wzór formularza zgłoszeniowego

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 do 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. Nieprzesłanie ww dokumentów do dnia 30 kwietnia 2021 r. będzie skutkowało przerwaniem procesu rekrutacji. Wypełnienie formularza oraz przesłanie dokumentów nie jest tożsame z zakwalifikowaniem na kurs.

W tytule prosimy wpisać imię i nazwisko z dopiskiem ETC.

Jest to warunek niezbędny do wzięcia udziału w rekrutacji.

.....

podpis