

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 31 sierpnia 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