

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. PESEL.....

6. Adres do korespondencji:

(Kod)..... (miejscowość) (ulica)

(nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu adres e-mail

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: WL-34@umed.wroc.pl wraz z formularzem. Nieprzesłanie ww. dokumentów do dnia 19 listopada 2021 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 – V EDYCJA. Jest to warunek niezbędny do wzięcia udziału w rekrutacji.

Podpis

.....