

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię lekarza

.....
nr telefonu

.....
adres email

.....
adres zamieszkania

Nr dyplomu lekarza.....

Nr prawa wykonywania zawodu

.....
Dokładna nazwa placówki kierującej

OŚWIADCZENIE

Kierujący oświadcza, że wyżej wymieniony lekarz skierowany do odbywania stażu kierunkowego w ramach rezydentury:

- 1) Posiada aktualne na czas odbywania stażu ubezpieczenie w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej,
- 2) Posiada zdolność do wykonywania pracy w ramach stażu, tj. posiada aktualne na okres odbywania stażu:

- zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach stażu wydane przez lekarza medycyny pracy,

- jest szczepiony przeciw WZW typu B i posiada dowód tego szczepienia,

- 3) Zapoznał się z treścią Umowy dotyczącej stażu kierunkowego zawartej pomiędzy

Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. a

.....
(nazwa jednostka kierującej na staż)

.....
Kierujący

.....
(podpis, imię i nazwisko lekarza)