

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko kierownika specjalizacji

.....
nazwa jednostki, w której lekarz/lekarz dentysta odbywa szkolenie

Niniejszym potwierdzam, że Pani/Pan urodzona/y
..... W
posiadająca/y prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza
dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr wydane przez
..... w dniu,
ukończył/a przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego
w dziedzinie.....

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie przez Panią/Pana
.....
do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie
.....

.....
podpis kierownika specjalizacji