

Gdańsk, dnia.....

.....  
pieczętka jednostki kierującej

**SKIEROWANIE LEKARZA NA STAŻ PODYPLOMOWY  
DO SZPITALA DZIECIĘCEGO POLANKI IM. MACIEJA PŁAŻYŃSKIEGO  
W GDAŃSKU SP. Z O.O.  
UL. POLANKI 119, 80-308 GDAŃSK**

Kieruję Pana /Panią .....

do Państwa Jednostki celem odbycia stażu podyplomowego do specjalizacji w zakresie:

.....  
w okresie od.....do.....

*Dla jednostek nieposiadających porozumienia w zakresie odbywania stażów podyplomowych, integralną częścią niniejszego skierowania jest umowa/porozumienie w sprawie prowadzenia stażu podyplomowego.*

Potwierdzam, że osoba kierowana na staż posiada:

1. Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ).....
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia/kontynuacji praktycznej nauki zawodu.
3. Dokument potwierdzający posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (OC).
4. Dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) rozszerzony o ryzyko zdarzeń medycznych, chorób zakaźnych, obejmujące pokrycie kosztów postępowania profilaktycznego w przypadku ekspozycji zawodowej.
5. Dokument potwierdzający szczepienie przeciwko WZW typu B.
6. Aktualną książeczkę zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznej.

Uwagi:.....

.....  
Podpis i pieczętka osoby kierującej