

SKIEROWANIE*

**do Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi**
93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

na staż kierunkowy w dziedzinie:.....

realizowany w ramach specjalizacji z

.....zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza.....

(imię i nazwisko)

na ww. staż kierunkowy w uzgodnionym terminie, czas trwania.....tyg.

Miejsce odbywania stażu

.....

(oznaczenie komórki organizacyjnej)

Jednostka Kierująca oświadcza, że kierowany lekarz:

1. Jest objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i następstw nieszczęśliwych wypadków na cały okres stażu kierunkowego.
2. Posiada aktualne orzeczenie lekarskie oraz przeszkolenie w zakresie BHP i p.poż..
3. Posiada aktualne przeszkolenie w zakresie leczenia krwi i jej składnikami (jeśli jest wymagane programem stażu).
4. Posiada aktualne szczepienia WZW typu B.
5. Został zweryfikowany i nie jest ujęty w Rejestrze Sprawców na tle Seksualnym (dotyczy osób realizujących staż z udziałem pacjentów małoletnich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Ośrodku Pediatrycznym im. dr. J. Korczaka w Łodzi).

.....
(pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacji)

.....
(pieczęć i podpis Kierownika Jednostki Kierującej
lub upoważnionego pracownika)

Załączniki do wglądu:

- prawo wykonywania zawodu
- aktualne orzeczenie lekarskie
- polisy: OC i NNW

*Skierowanie wraz z załącznikami należy dostarczyć do Sekcji ds. Szkoleń (pokój 961) **w dniu rozpoczęcia stażu.**