

Miejscowość, data .....

## OŚWIADCZENIE

---

Nazwisko i imię Kandydata

---

---

Pełna nazwa Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat odbywa(ł) specjalizację

---

---

Pełny adres Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat odbywa(ł) specjalizację

---

---

Nazwa Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat jest zatrudniony

---

---

Adres Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat jest zatrudniony

---

---

Data rozpoczęcia specjalizacji (dzień – miesiąc – rok)

---

---

Planowana data zakończenia specjalizacji / Data zakończenia specjalizacji\* (dzień – miesiąc – rok)

---

---

Tryb odbywania specjalizacji

---

---

Numer PWZL

---

---

Uwagi

---

---

Oświadczam, iż ukończyłem(am) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne\* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data, podpis i pieczęć lekarska Kandydata .....

---

Oświadczam, iż Pan(i) .....  
ukończył(a) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne\* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data, podpis i pieczęć lekarska Kierownika specjalizacji .....

---

Oświadczam, iż Pan(i) .....  
ukończył(a) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne\* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data i podpis Kierownika Oddziału, w którym Kandydat odbywa(ł) specjalizację oraz pieczęć Oddziału

---

\* niepotrzebne skreślić

/Oświadczenie jest niezbędnym dokumentem aplikacyjnym do EDAIC Part I/