**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY STAŻYSTY**

(wypełnić drukowanymi literami)

**Dane personalne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | |  |
| Imiona | |  |
| Adres zameldowania | | Ulica i nr domu / mieszkania:  Kod pocztowy:  Miasto: |
| Adres do korespondencji | | Ulica i nr domu / mieszkania:  Kod pocztowy:  Miasto: |
| Nr telefonu | |  |
| Adres e-mail | |  |
| **Studia medyczne** | | |
| Nazwa uczelni |  | |
| Wydział |  | |
| Data ukończenia |  | |
| Zaświadczenie  z dziekanatu  o ukończeniu studiów | Data wydania zaświadczenia:  Średnia ocen: | |
| Dyplom uczelni | Nr dyplomu:  Data wydania dyplomu: | |

**Znajomość języków obcych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa języka | | Poziom znajomości języka:  ( biegły – 4, dobry – 3, średni – 2, słaby – 1 ) |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| **Staż dyplomowy** | | |
| Preferowane miejsce stażowe  z listy uprawnionych podmiotów  (wg preferowanej kolejności) | 1.  2. | |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Data ………………………………………………… Podpis lekarza …………………………………………………………………………………….