**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY STAŻYSTY**

*(prosimy wypełniać drukowanymi literami)*

**Dane personalne**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imiona |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **Studia medyczne** |
| Nazwa uczelni |  |
| Wydział |  |
| Data ukończenia |  |
| Zaświadczenieo 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 podyplomowy** |
| Preferowane miejsce odbywania stażu | 1.2. |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Data ………………………………… Podpis …………………………………………………………………