

## 1261

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia 22 września 2011 r.

**w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej**

Na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza lub lekarza dentystę będącego funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej, zwanego dalej „lekarzem”, oraz wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

§ 2. 1. Lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne w podmiocie leczniczym utworzonym przez:

- 1) Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej;
- 2) ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 3) Ministra Obrony Narodowej;
- 4) inny podmiot leczniczy, wpisany na listę prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”, lub wpisany na listę jednostek akredytowanych prowadzoną przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na podstawie art. 19f ust. 1 ustawy — za zgodą wojewody, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych.

2. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach urlopu bezpłatnego, oddelegowania do pełnienia służby poza Służbą Więzienną, o którym mowa w art. 74—82 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 79, poz. 523, Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 112,

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i 658 i Nr 122, poz. 696.

poz. 654), zwanego dalej „oddelegowaniem”, lub umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy.

§ 3. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy, lekarz składa po uprzednim uzyskaniu zgody Dyrektora Generalnego Służby Więziennej, zwanego dalej „Dyrektorem Generalnym”.

§ 4. 1. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne po zawarciu pisemnej umowy z kierownikiem jednostki organizacyjnej Służby Więziennej, zwanym dalej „kierownikiem jednostki”, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, określającej wzajemne prawa i obowiązki stron.

2. Tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2—4, odbywa się zgodnie z przepisami wydanymi odpowiednio na podstawie art. 16x ust. 1, 2 i 3 ustawy.

§ 5. Lekarz powiadamia Dyrektora Generalnego oraz kierownika jednostki, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego.

§ 6. 1. Lekarz, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z wynikiem pozytywnym oraz uzyskaniu dyplomu przekazuje jego kopię Dyrektorowi Generalnemu oraz kierownikowi jednostki, w której pełni służbę lub jest zatrudniony, w celu dołączenia do akt osobowych.

2. Wzór dyplomu, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 7. Wzór dokumentu potwierdzającego realizację programu szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Sprawiedliwości: *K. Kwiatkowski*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości  
z dnia 22 września 2011 r. (poz. 1261)

**Załącznik nr 1**

*WZÓR*

.....  
(pieczęć Centrum Egzaminów Medycznych)

Nr ...../..... r.

**DYPLOM**

Pan(i) .....  
urodzony(-na) w .....  
posiadający(-ca) obywatelstwo ..... oraz prawo  
wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry\* na obszarze Rzeczypospolitej  
Polskiej nr ..... wydane przez ..... w dniu .....  
po odbyciu specjalizacji pod kierunkiem Pana (Pani) .....  
i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dniu ..... przed Państwową Komisją  
Egzaminacyjną w trybie określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie  
specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.) uzyskał(a) tytuł specjalisty  
w dziedzinie: .....

.....  
(data wydania dyplomu)

.....  
(podpis i pieczęć Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych)

.....  
\* Niepotrzebne skreślić.

## Załącznik nr 2

WZÓR DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO REALIZACJĘ PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO  
PRZEZ LEKARZA BĘDĄCEGO FUNKCJONARIUSZEM SŁUŻBY WIĘZIENNEJ  
LUB ZATRUDNIONEGO W PODMIOCIE LECZNICZYM UTWORZONYM PRZEZ MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI  
LUB ORGANY SŁUŻBY WIĘZIENNEJ

.....  
(pieczęć jednostki organizacyjnej  
Służby Więziennej realizującej szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację  
w podmiocie leczniczym Ministerstwa Sprawiedliwości)

**KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR .....** / ..... r.

**W DZIEDZINIE .....**

Sposób odbywania specjalizacji .....

**DANE OSOBOWE**

1. Imię i nazwisko .....

2. Nr PESEL (seria i numer paszportu lub innego dokumentu tożsamości)\* .....

data urodzenia .....

3. Miejsce zamieszkania .....

tel. ....

4. Tytuł zawodowy .....

5. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\*\* nr .....

wydane przez ..... w dniu .....

6. Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w ..... nr rejestracyjny .....

7. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data uzyskania) .....

.....

.....

.....

8. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:

.....

9. Okres szkolenia: od dnia .....

do dnia .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć dyrektora komórki organizacyjnej  
realizującej zadania z zakresu szkolenia specjalizacyjnego)

10. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....  
nazwa posiadanej specjalizacji, stopień naukowy, stanowisko .....

11. Data rozpoczęcia specjalizacji .....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika jednostki  
organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

12. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia .....  
przyczyna przedłużenia .....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika jednostki  
organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

UWAGI

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Jeżeli nie posiada numeru PESEL.  
\*\* Niepotrzebne skreślić.

**REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI**

**I. ROK SZKOLENIA**

1. Kurs wprowadzający:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

2. Kursy szkoleniowe:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

3. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj .....

.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....

.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....

.....

.....

.....

.....

**II. ROK SZKOLENIA**

1. Kursy szkoleniowe

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)



2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....  
.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....  
.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....  
.....  
.....  
.....

**III. ROK SZKOLENIA**

1. Kursy szkoleniowe:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....  
.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....  
.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....  
.....  
.....  
.....

**IV. ROK SZKOLENIA**

1. Kursy szkoleniowe:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....  
.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....  
.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....  
.....  
.....



**V. ROK SZKOLENIA**

1. Kursy szkoleniowe:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....  
.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....  
.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....  
.....  
.....

**VI. ROK SZKOLENIA**

1. Kursy szkoleniowe:

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

.....  
(nazwa podmiotu prowadzącego kurs)

temat .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie .....  
okres .....  
nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
nazwa komórki organizacyjnej .....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .....

.....  
(ocena)

.....  
(data i podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....  
.....

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa.

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne, komórka organizacyjna, liczba godzin dyżurów:

.....  
.....

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....  
(data i podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

.....  
.....  
.....

## JĘZYK OBCY

Podmiot przeprowadzający sprawdzian z języka ..... zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.) .....

Pan/Pani ..... zaliczył(a) sprawdzian w zakresie znajomości języka ..... w stopniu umożliwiającym: rozumienie tekstu pisanego, a w szczególności korzystanie z fachowej literatury i piśmiennictwa lekarskiego, porozumiewanie się z pacjentami, lekarzami i przedstawicielami innych zawodów medycznych, pisanie zgodnie z zasadami ortografii tekstów medycznych, w szczególności orzeczeń i opinii lekarskich.

.....  
(data)

.....  
(podpis przeprowadzającego sprawdzian)

## ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Pan/Pani ..... wpisany(-na) do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w podmiocie leczniczym Ministerstwa Sprawiedliwości pod numerem [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] odbył(a) zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył(a) specjalizację w dziedzinie .....

.....  
(data)

.....  
(podpis przeprowadzającego sprawdzian)

Dziennik Ustaw i Monitor Polski są dostępne w Internecie pod adresem [www.wydawnictwa.cuw.gov.pl](http://www.wydawnictwa.cuw.gov.pl) i [www.rcl.gov.pl](http://www.rcl.gov.pl)

**Wydawca:** Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

**Redakcja:** Rządowe Centrum Legislacji — Departament Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego,  
al. J.Ch. Szucha 2/4, 00-582 Warszawa, tel. 22 622-66-56

**Skład, druk i kolportaż:** Centrum Usług Wspólnych — Wydział Wydawnictw i Poligrafii,  
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 22 694-67-52, faks 22 694-60-48

DU 0211 2011 wyd.00

[www.wydawnictwa.cuw.gov.pl](http://www.wydawnictwa.cuw.gov.pl)  
e-mail: [wydawnictwa@cuw.gov.pl](mailto:wydawnictwa@cuw.gov.pl)

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Centrum Usług Wspólnych — Wydział Wydawnictw i Poligrafii,  
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa