

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia**

**z dnia .....2012 r. (poz. ...)**

**Załącznik nr 1**

**Wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych\***

**1. Wykaz specjalizacji lekarskich:**

- 1) alergologia (0731);
- 2) anestezjologia i intensywne terapia (0701);
- 3) angiologia (0732);
- 4) audiologia i foniatria (0733);
- 5) balneologia i medycyna fizykalna (0734);
- 6) chirurgia dziecięca (0702);
- 7) chirurgia klatki piersiowej (0735);
- 8) chirurgia naczyniowa (0736);
- 9) chirurgia ogólna (0703);
- 10) chirurgia onkologiczna (0737);
- 11) chirurgia plastyczna (0738);
- 12) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
- 13) choroby płuc (0739);
- 14) choroby płuc dzieci (0792);
- 15) choroby wewnętrzne (0705);
- 16) choroby zakaźne (0706);
- 17) dermatologia i wenerologia (0707);
- 18) diabetologia (0740);
- 19) diagnostyka laboratoryjna (0708);
- 20) endokrynologia (0741);
- 21) endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799);
- 22) endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);
- 23) epidemiologia (0710);
- 24) farmakologia kliniczna (0742);
- 25) gastroenterologia (0743);
- 26) gastroenterologia dziecięca (0797);
- 27) genetyka kliniczna (0709);
- 28) geriatria (0744);
- 29) ginekologia onkologiczna (0787);
- 30) hematologia (0745);
- 31) hipertensjologia (0788);
- 32) immunologia kliniczna (0746);
- 33) intensywne terapia (0801);
- 34) kardiochirurgia (0747);
- 35) kardiologia (0748);
- 36) kardiologia dziecięca (0762);
- 37) medycyna lotnicza (0793);
- 38) medycyna morska i tropikalna (0794);
- 39) medycyna nuklearna (0749);
- 40) medycyna paliatywna (0750);
- 41) medycyna pracy (0711);
- 42) medycyna ratunkowa (0712);
- 43) medycyna rodzinna (0713);
- 44) medycyna sądowa (0714);
- 45) medycyna sportowa (0751);
- 46) mikrobiologia lekarska (0716);
- 47) nefrologia (0752);
- 48) nefrologia dziecięca (0798);
- 49) neonatologia (0753);
- 50) neurochirurgia (0717);

- 51) neurologia (0718);
- 52) neurologia dziecięca (0763);
- 53) neuropatologia (0789);
- 54) okulistyka (0719);
- 55) onkologia i hematologia dziecięca (0755);
- 56) onkologia kliniczna (0754);
- 57) ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);
- 58) otorynolaryngologia (0721);
- 59) otorynolaryngologia dziecięca (0790);
- 60) patomorfologia (0722);
- 61) pediatria (0723);
- 62) pediatria metaboliczna (0795);
- 63) perinatologia (0800);
- 64) położnictwo i ginekologia (0724);
- 65) psychiatria (0725);
- 66) psychiatria dzieci i młodzieży (0756);
- 67) radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);
- 68) radioterapia onkologiczna (0727);
- 69) rehabilitacja medyczna (0728);
- 70) reumatologia (0757);
- 71) seksuologia (0758);
- 72) toksykologia kliniczna (0759);
- 73) transfuzjologia kliniczna (0760);
- 74) transplantologia kliniczna (0761);
- 75) urologia (0729);
- 76) urologia dziecięca (0791);
- 77) zdrowie publiczne (0730).

## 2. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych:

- 1) chirurgia stomatologiczna (0781);
- 2) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
- 3) ortodoncja (0782);
- 4) periodontologia (0783);
- 5) protetyka stomatologiczna (0784);
- 6) stomatologia dziecięca (0785);
- 7) stomatologia zachowawcza z endodoncją (0786);
- 8) epidemiologia (0710);
- 9) zdrowie publiczne (0730).

\* Oznaczenie zawarte obok nazwy specjalności oznacza czterocyfrowy kod specjalności

**Wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego**

- 1) moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej;
- 2) moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych;
- 3) moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii;
- 4) moduł podstawowy w zakresie patomorfologii;
- 5) moduł podstawowy w zakresie pediatrii.

**Wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy**

1. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:
  - 1) chirurgia dziecięca;
  - 2) chirurgia klatki piersiowej;
  - 3) chirurgia naczyniowa;
  - 4) chirurgia ogólna;
  - 5) chirurgia onkologiczna;
  - 6) chirurgia plastyczna.
  
2. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:
  - 1) alergologia;
  - 2) angiologia;
  - 3) balneologia i medycyna fizykalna;
  - 4) choroby płuc;
  - 5) choroby wewnętrzne;
  - 6) diabetologia;
  - 7) endokrynologia;
  - 8) gastroenterologia;
  - 9) geriatryka;
  - 10) hematologia;
  - 11) immunologia kliniczna;
  - 12) kardiologia;
  - 13) medycyna lotnicza;
  - 14) medycyna morska i tropikalna;
  - 15) medycyna paliatywna;
  - 16) medycyna pracy;
  - 17) nefrologia;
  - 18) onkologia kliniczna;
  - 19) reumatologia;
  - 20) toksykologia kliniczna;
  - 21) transfuzjologia kliniczna.
  
3. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii:
  - 1) audiologia i foniatryka;
  - 2) otorynolaryngologia;
  - 3) otorynolaryngologia dziecięca.
  
4. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie patomorfologii:
  - 1) neuropatologia;
  - 2) patomorfologia.
  
5. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:
  - 1) choroby płuc dzieci;
  - 2) endokrynologia i diabetologia dziecięca;
  - 3) gastroenterologia dziecięca;
  - 4) kardiologia dziecięca;
  - 5) nefrologia dziecięca;
  - 6) neonatologia;
  - 7) onkologia i hematologia dziecięca;
  - 8) pediatria;
  - 9) pediatria metaboliczna.

**Wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego**

**1. Dla specjalizacji lekarskich:**

- 1) anestezjologia i intensywne terapie;
- 2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 3) choroby zakaźne;
- 4) dermatologia i wenerologia;
- 5) diagnostyka laboratoryjna;
- 6) epidemiologia;
- 7) farmakologia kliniczna;
- 8) genetyka kliniczna;
- 9) kardiochirurgia;
- 10) medycyna nuklearna;
- 11) medycyna ratunkowa;
- 12) medycyna rodzinna;
- 13) medycyna sądowa;
- 14) medycyna sportowa;
- 15) mikrobiologia lekarska;
- 16) neurochirurgia;
- 17) neurologia;
- 18) neurologia dziecięca;
- 19) okulistyka;
- 20) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
- 21) położnictwo i ginekologia;
- 22) psychiatria;
- 23) psychiatria dzieci i młodzieży;
- 24) radiologia i diagnostyka obrazowa;
- 25) radioterapia onkologiczna;
- 26) rehabilitacja medyczna;
- 27) urologia;
- 28) zdrowie publiczne.

**2. Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:**

- 1) chirurgia stomatologiczna;
- 2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
- 3) ortodoncja;
- 4) periodontologia;
- 5) protetyka stomatologiczna;
- 6) stomatologia dziecięca;
- 7) stomatologia zachowawcza z endodoncją;
- 8) epidemiologia;
- 9) zdrowie publiczne.

## Załącznik nr 5

## Wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania

## I. Wykaz specjalizacji lekarskich

L.p.	Specjalizacja	Moduł jednolity i minimalny czas jego trwania	Moduł podstawowy i czas jego trwania lub wymagana specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty	Moduł specjalistyczny i minimalny czas jego trwania	Łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
1	2	3	4	5	6
1.	Alergologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Alergologia – 2 lata	5 lat
2.	Anestezjologia i intensywne terapia	Anestezjologia i intensywne terapia – 6 lat	–	–	6 lat
3.	Angiologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Angiologia – 2 lata	5 lat
4.	Audiologia i foniatria	–	Otorynolaryngologia – 2 lata	Audiologia i foniatria – 3 lata	5 lat
5.	Balneologia i medycyna fizykalna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Balneologia i medycyna fizykalna – 2 lata	5 lat
6.	Chirurgia dziecięca	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia dziecięca – 4 lata	6 lat
7.	Chirurgia klatki piersiowej	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia klatki piersiowej – 4 lata	6 lat
8.	Chirurgia naczyniowa	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia naczyniowa – 4 lata	6 lat
9.	Chirurgia ogólna	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia ogólna – 4 lata	6 lat
10.	Chirurgia onkologiczna	–	Chirurgia ogólnej – 2 lata	Chirurgia onkologiczna – 4 lata	6 lat
11.	Chirurgia plastyczna	–	Chirurgia ogólna – 2 lata	Chirurgia plastyczna – 4 lata	6 lat
12.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Chirurgia szczękowo-twarzowa – 6 lat	–	–	6 lat
13.	Choroby płuc	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Choroby płuc – 2 lata	5 lat
14.	Choroby płuc dzieci	–	Pediatrica – 3 lata	Choroby płuc dzieci – 2 lata	5 lat
15.	Choroby wewnętrzne	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Choroby wewnętrzne – 2 lata	5 lat
16.	Choroby zakaźne	Choroby zakaźne – 5 lat	–	–	5 lat
17.	Dermatologia i wenerologia	Dermatologia i wenerologia – 5 lat	–	–	5 lat
18.	Diabetologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Diabetologia – 2 lata	5 lat

19.	Diagnostyka laboratoryjna	Diagnostyka laboratoryjna – 5 lat	–	–	5 lat
20.	Endokrynologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Endokrynologia – 2 lata	5 lat
21.	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość – 2 lata	7 lat
22.	Endokrynologia i diabetologia dziecięca	–	Pediatrica – 3 lata	Endokrynologia i diabetologia dziecięca – 2 lata	5 lat
23.	Epidemiologia	Epidemiologia – 4 lata	–	–	4 lata
24.	Farmakologia kliniczna	Farmakologia kliniczna – 4 lata	–	–	4 lata
25.	Gastroenterologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Gastroenterologia – 3 lata	6 lat
26.	Gastroenterologia dziecięca	–	Pediatrica – 3 lata	Gastroenterologia dziecięca – 3 lata	6 lat
27.	Genetyka kliniczna	Genetyka kliniczna – 4 lata	–	–	4 lata
28.	Geriatryka	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Geriatryka – 2 lata	5 lat
29.	Ginekologia onkologiczna	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Ginekologia onkologiczna – 2 lata	7 lat
30.	Hematologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Hematologia – 3 lata	6 lat
31.	Hipertensjologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej lub pediatrii – 5 lat	Hipertensjologia – 2 lata	7 lat
32.	Immunologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Immunologia kliniczna – 2 lata	5 lat
33.	Intensywna terapia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej,	Intensywna terapia – 2 lata	7–8 lat

			chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, chorób płuc dzieci, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, neonatologii, neurochirurgii, neurologii, neurologii dziecięcej, pediatrii lub toksykologii klinicznej – 5–6 lat		
34.	Kardiochirurgia	Kardiochirurgia – 6 lat	–	–	6 lat
35.	Kardiologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Kardiologia – 3 lata	6 lat
36.	Kardiologia dziecięca	–	Pediatrica – 3 lata	Kardiologia dziecięca – 2 lata	5 lat
37.	Medycyna lotnicza	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna lotnicza – 2 lata	5 lat
38.	Medycyna morska i tropikalna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna morska i tropikalna – 2 lata	5 lat
39.	Medycyna nuklearna	Medycyna nuklearna – 5 lat	–	–	5 lat
40.	Medycyna paliatywna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna paliatywna – 2 lata	5 lat
41.	Medycyna pracy	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Medycyna pracy – 2 lata	5 lat
42.	Medycyna ratunkowa	Medycyna ratunkowa – 5 lat	–	–	5 lat
43.	Medycyna rodzinna	Medycyna rodzinna – 4 lata	–	–	4 lata
44.	Medycyna sądowa	Medycyna sądowa – 5 lat	–	–	5 lat
45.	Medycyna sportowa	Medycyna sportowa – 5 lat	–	–	5 lat
46.	Mikrobiologia lekarska	Mikrobiologia lekarska – 4 lata	–	–	4 lata
47.	Nefrologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Nefrologia – 2 lata	5 lat
48.	Nefrologia dziecięca	–	Pediatrica – 3 lata	Nefrologia dziecięca – 2 lata	5 lat



49.	Neonatologia	–	Pediatria – 3 lata	Neonatologia – 2 lata	5 lat
50.	Neurochirurgia	Neurochirurgia – 6 lat	–	–	6 lat
51.	Neurologia	Neurologia – 5 lat	–	–	5 lat
52.	Neurologia dziecięca	Neurologia dziecięca – 5 lat	–	–	5 lat
53.	Neuropatologia	–	Patomorfologia – 3 lata	Neuropatologia – 2 lata	5 lat
54.	Okulistyka	Okulistyka – 5 lat	–	–	5 lat
55.	Onkologia i hematologia dziecięca	–	Pediatria – 3 lata	Onkologia i hematologia dziecięca – 3 lata	6 lat
56.	Onkologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Onkologia kliniczna – 3 lata	6 lat
57.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 6 lat	–	–	6 lat
58.	Otorynolaryngologia	–	Otorynolaryngologia – 2 lata	Otorynolaryngologia – 4 lata	6 lat
59.	Otorynolaryngologia dziecięca	–	Otorynolaryngologia – 2 lata	Otorynolaryngologia dziecięca – 4 lata	6 lat
60.	Patomorfologia	–	Patomorfologia – 3 lata	Patomorfologia – 2 lata	5 lat
61.	Pediatria	–	Pediatria – 3 lata	Pediatria – 2 lata	5 lat
62.	Pediatria metaboliczna	–	Pediatria – 3 lata	Pediatria metaboliczna – 2 lata	5 lat
63.	Perinatologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat	Perinatologia – 2 lata	7 lat
64.	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia – 5 lat	–	–	5 lat
65.	Psychiatria	Psychiatria – 5 lat	–	–	5 lat
66.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria dzieci i młodzieży – 5 lat	–	–	5 lat
67.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radiologia i diagnostyka obrazowa – 5 lat	–	–	5 lat
68.	Radioterapia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna – 5 lat	–	–	5 lat
69.	Rehabilitacja medyczna	Rehabilitacja medyczna – 5 lat	–	–	5 lat
70.	Reumatologia	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Reumatologia – 2 lata	5 lat

71.	Seksuologia	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych neurologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży – 5 lat	Seksuologia – 2 lata	7 lat
72.	Toksykologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Toksykologia kliniczna – 2 lata	5 lat
73.	Transfuzjologia kliniczna	–	Choroby wewnętrzne – 3 lata	Transfuzjologia kliniczna – 2 lata	5 lat
74.	Transplantologia kliniczna	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, hematologii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, pediatrii, urologii, urologii dziecięcej – 5–8 lat	Transplantologia kliniczna – 2 lata	7–10 lat
75.	Urologia	Urologia – 6 lat	–	–	6 lat
76.	Urologia dziecięca	–	Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub urologii – 6 lat	Urologia dziecięca – 2 lata	8 lat
77.	Zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne – 4 lata	–	–	4 lata
<b>II. Wykaz specjalizacji lekarsko–dentystycznych</b>					
1.	Chirurgia	Chirurgia	–	–	4 lata

	stomatologiczna	stomatologiczna – 4 lata			
2.	Chirurgia szczękowo- twarzowa	Chirurgia szczękowo- twarzowa – 6 lat	–	–	6 lat
3.	Ortodoncja	Ortodoncja – 3 lata	–	–	3 lata
4.	Periodontologia	Periodontologia – 3 lata	–	–	3 lata
5.	Protetyka stomatologiczna	Protetyka stomatologiczna – 3 lata	–	–	3 lata
6.	Stomatologia dziecięca	Stomatologia dziecięca – 3 lata	–	–	3 lata
7.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	Stomatologia zachowawcza z endodoncją – 3 lata	–	–	3 lata
8.	Epidemiologia	Epidemiologia – 4 lata	–	–	4 lata
9.	Zdrowie publiczne	Zdrowie publiczne – 4 lata	–	–	4 lata

**Wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy**

**I. Wykaz specjalizacji lekarskich**

Lp.	Specjalizacje, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty	Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację I stopnia	Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny	Moduł podstawowy, który lekarz zrealizował i zaliczył
1	2	3	4	5
1.	Alergologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Otolaryngologia Otorinolaryngologia Pediatria	Otorinolaryngologia Pediatria
2.	Anestezjologia i intensywne terapia	Anestezjologia i intensywne terapia	–	–
3.	Angiologia	–	Chirurgia naczyniowa Choroby wewnętrzne	–
4.	Audiologia i foniatria	Laryngologia Otolaryngologia	Audiologia Foniatria Laryngologia Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorinolaryngologia Otorinolaryngologia dziecięca	–
5.	Balneologia i medycyna fizykalna	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria	Alergologia Anestezjologia i intensywne terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Medycyna ogólna Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Neurologia Neurologia dziecięca Neurochirurgia Okulistyka Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorinolaryngologia Otorinolaryngologia	Chirurgia ogólna Otorinolaryngologia Pediatria

			dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia Rehabilitacja medyczna Reumatologia Reumatologia dziecięca Urologia Urologia dziecięca	
6.	Chirurgia dziecięca	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna	–
7.	Chirurgia klatki piersiowej	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
8.	Chirurgia naczyniowa	Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna	–
9.	Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia onkologiczna	–
10.	Chirurgia onkologiczna	Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
11.	Chirurgia plastyczna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	–
12.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Otolaryngologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Otolaryngologia Otolaryngologia	Chirurgia ogólna Otolaryngologia
13.	Choroby płuc	Choroby płuc Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne	–
14.	Choroby płuc dzieci	Choroby płuc Pediatria	Choroby płuc Pediatria	–
15.	Choroby wewnętrzne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Transfuzjologia	Choroby płuc Transfuzjologia kliniczna	–
16.	Choroby zakaźne	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Medycyna ogólna Pediatria	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
17.	Dermatologia i wenerologia	Dermatologia i wenerologia	–	–
18.	Diabetologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Pediatria
19.	Diagnostyka laboratoryjna	Analityka kliniczna Diagnostyka laboratoryjna Farmakologia Toksykologia	Farmakologia Farmakologia kliniczna Toksykologia Toksykologia kliniczna	–
20.	Endokrynologia	Choroby wewnętrzne	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Położnictwo i ginekologia	–
21.	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	–	Położnictwo i ginekologia	–
22.	Endokrynologia i diabetologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
23.	Epidemiologia	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Otolaryngologia Pediatria
24.	Farmakologia kliniczna	–	Anestezjologia i intensywna terapia	–

			Chemioterapia nowotworów Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby zakaźne Farmakologia Neurologia Neurologia dziecięca Onkologia kliniczna Pediatria Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	
25.	Gastroenterologia	Choroby wewnętrzne	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne	–
26.	Gastroenterologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
27.	Genetyka kliniczna	Choroby wewnętrzne Neurologia Pediatria Położnictwo i ginekologia	Choroby wewnętrzne Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia	Choroby wewnętrzne Pediatria
28.	Geriatryka	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Neurologia	–
29.	Ginekologia onkologiczna	–	Położnictwo i ginekologia	–
30.	Hematologia	–	Choroby wewnętrzne	–
31.	Hipertensjologia	–	Choroby wewnętrzne Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca Pediatria	–
32.	Immunologia kliniczna	–	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Onkologia kliniczna Pediatria Położnictwo i ginekologia	Pediatria
33.	Intensywna terapia	–	Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia naczyniowa Chirurgia ogólna Chirurgia onkologiczna Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca	–

			Neonatologia Neurochirurgia Neurologia Neurologia dziecięca Pediatria Toksykologia kliniczna	
34.	Kardiochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
35.	Kardiologia	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne	–
36.	Kardiologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
37.	Medycyna lotnicza	Choroby wewnętrzne Medycyna lotnicza Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Medycyna transportu	–
38.	Medycyna morska i tropikalna	Choroby wewnętrzne Medycyna morska i tropikalna Medycyna pracy	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Medycyna transportu	–
39.	Medycyna nuklearna	Choroby wewnętrzne Medycyna nuklearna Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria
40.	Medycyna paliatywna	Choroby wewnętrzne Pediatria	Anestezjologia i intensywna terapia Audiologia Audiologia i foniatria Balneoklimatologia i medycyna fizykalna Balneologia i medycyna fizykalna Chemioterapia nowotworów Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia ogólna Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Chirurgia szczękowa Chirurgia szczękowo-twarzowa Choroby płuc Choroby płuc dzieci Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Dermatologia i wenerologia Farmakologia kliniczna Foniatria Geriatryka Kardiochirurgia Kardiologia Kardiologia dziecięca Medycyna lotnicza Medycyna morska i tropikalna Medycyna nuklearna Medycyna ogólna Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna	Pediatria

			<p>Medycyna sportowa  Medycyna transportu  Neonatologia  Neurochirurgia  Neurochirurgia i neurotraumatologia  Neurologia  Neurologia dziecięca  Okulistyka  Onkologia kliniczna  Ortopedia i traumatologia  Ortopedia i traumatologia narządu ruchu  Otolaryngologia  Otolaryngologia dziecięca  Otorynolaryngologia  Otorynolaryngologia dziecięca  Pediatria  Położnictwo i ginekologia  Psychiatria  Psychiatria dzieci i młodzieży  Radioterapia onkologiczna  Rehabilitacja medyczna  Reumatologia  Reumatologia dziecięca  Seksuologia  Transfuzjologia kliniczna  Urologia  Urologia dziecięca</p>	
41.	Medycyna pracy	<p>Choroby wewnętrzne  Medycyna lotnicza  Medycyna morska i tropikalna  Medycyna ogólna  Medycyna pracy</p>	<p>Choroby wewnętrzne  Medycyna lotnicza  Medycyna morska i tropikalna  Medycyna ogólna  Medycyna rodzinna  Medycyna sportowa  Medycyna transportu</p>	—
42.	Medycyna ratunkowa	<p>Anestezjologia i intensywna terapia  Chirurgia dziecięca  Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Ortopedia i traumatologia  Pediatria</p>	<p>Anestezjologia i intensywna terapia  Chirurgia dziecięca  Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Ortopedia i traumatologia  Ortopedia i traumatologia narządu ruchu  Pediatria</p>	<p>Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Pediatria</p>
43.	Medycyna rodzinna	<p>Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Medycyna ogólna  Pediatria  Położnictwo i ginekologia</p>	<p>Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Medycyna ogólna  Medycyna pracy  Pediatria  Położnictwo i ginekologia</p>	<p>Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne  Pediatria</p>
44.	Medycyna sądowa	<p>Medycyna sądowa  Patomorfologia</p>	<p>Patomorfologia</p>	<p>Patomorfologia</p>
45.	Medycyna sportowa	<p>Choroby wewnętrzne  Pediatria</p>	<p>Chirurgia dziecięca  Chirurgia ogólna  Choroby wewnętrzne</p>	<p>Chirurgia ogólna  Pediatria</p>



			Medycyna ogólna Medycyna rodzinna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria Rehabilitacja medyczna	
46.	Mikrobiologia lekarska	Mikrobiologia	–	–
47.	Nefrologia	Choroby wewnętrzne	Choroby wewnętrzne	–
48.	Nefrologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
49.	Neonatologia	Pediatria	Pediatria	–
50.	Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Neurochirurgia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
51.	Neurologia	Neurologia	–	–
52.	Neurologia dziecięca	Pediatria	Pediatria Psychiatria dzieci i młodzieży Neurologia	Pediatria
53.	Neuropatologia	Neurologia Patomorfologia	Neurologia Patomorfologia	–
54.	Okulistyka	Okulistyka	–	–
55.	Onkologia i hematologia dziecięca	Pediatria	Pediatria	–
56.	Onkologia kliniczna	Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Radioterapia onkologiczna	Chemioterapia nowotworów Choroby płuc Choroby wewnętrzne Medycyna ogólna Pediatria Radioterapia onkologiczna	Pediatria
57.	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Ortopedia i traumatologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
58.	Otorynolaryngologia	Laryngologia Otolaryngologia	–	–
59.	Otorynolaryngologia dziecięca	Laryngologia Otolaryngologia	Otolaryngologia Otorynolaryngologia	–
60.	Patomorfologia	Patomorfologia Medycyna sądowa	Medycyna sądowa Neuropatologia	–
61.	Pediatria	Pediatria	Neonatologia Neurologia dziecięca	–
62.	Pediatria metaboliczna	Pediatria	Pediatria	–
63.	Perinatologia	–	Położnictwo i ginekologia	–
64.	Położnictwo i ginekologia	Położnictwo i ginekologia	–	–
65.	Psychiatria	Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria dzieci i młodzieży	–
66.	Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	Psychiatria Neurologia dziecięca	–
67.	Radiologia i diagnostyka obrazowa	Radiodiagnostyka	–	–

68.	Radioterapia onkologiczna	Radioterapia onkologiczna	-	-
69.	Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Neurologia Ortopedia i traumatologia Pediatria Rehabilitacja ogólna Rehabilitacja medyczna	Choroby wewnętrzne Chirurgia dziecięca Medycyna pracy Medycyna sportowa Neurologia Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria	-
70.	Reumatologia	Choroby wewnętrzne Pediatria	Choroby wewnętrzne Pediatria	Pediatria
71.	Seksuologia	-	Choroby wewnętrzne Neurologia Położnictwo i ginekologia Psychiatria Psychiatria dzieci i młodzieży	-
72.	Toksykologia kliniczna	Choroby wewnętrzne Pediatria	Anestezjologia i intensywna terapia Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Pediatria Toksykologia	Pediatria
73.	Transfuzjologia kliniczna	Anestezjologia i intensywna terapia Analityka kliniczna Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Medycyna pracy Mikrobiologia Neurochirurgia Neurologia Okulistyka Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Transfuzjologia	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Kardiochirurgia Kardiologia Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Mikrobiologia Mikrobiologia lekarska Neurochirurgia Neurochirurgia i neurotraumatologia Neurologia Okulistyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngologia Otorynolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia	Chirurgia ogólna Otorynolaryngologia Pediatria

			Radioterapia onkologiczna Urologia	
74.	Transplantologia kliniczna	–	Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna Chirurgia klatki piersiowej Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Hematologia Kardiochirurgia Kardiologia Kardiologia dziecięca Nefrologia Nefrologia dziecięca Onkologia i hematologia dziecięca Pediatria Urologia Urologia dziecięca	–
75.	Urologia	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia dziecięca Chirurgia ogólna	Chirurgia ogólna
76.	Urologia dziecięca	–	Chirurgia dziecięca Urologia	–
77.	Zdrowie publiczne	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Wszystkie specjalizacje lekarskie	Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Otorinolaryngologia Pediatria

## II. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych

1.	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
2.	Chirurgia szczękowo-twarzowa	Chirurgia stomatologiczna	Chirurgia stomatologiczna	–
3.	Ortodoncja	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
4.	Periodontologia	Chirurgia stomatologiczna Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
5.	Protetyka stomatologiczna	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
6.	Stomatologia dziecięca	Stomatologia dziecięca Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
7.	Stomatologia zachowawcza z endodoncją	Stomatologia ogólna	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
8.	Epidemiologia	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–
9.	Zdrowie publiczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne	–

## WZÓR

**Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego  
w dziedzinie .....**

**Wojewoda .....**

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Nazwisko rodowe.....
3. Miejsce i data urodzenia .....
4. Płeć .....
5. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....  
.....  
oraz kraj wydania.....
6. Obywatelstwo (obywatelstwa).....
7. Adres miejsca zamieszkania .....
8. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej.....
9. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”.....
10. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego  
.....  
.....
11. Dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb ich odbywania .....
12. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP .....
13. Posiadany stopień naukowy.....
14. Liczba publikacji i ich wykaz (w załączeniu).....
15. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącego miejscem zatrudnienia lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego .....
- okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w tym podmiocie .....
- oraz zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych.....
16. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego\*:
  - 1) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury;
  - 2) lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:
    - a) na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,
    - b) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,
    - c) na podstawie umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby

określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

d) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,

e) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów – w trybie określonym w pkt 1 lub pkt 2 lit. a–d.

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskującego)

\*Niepotrzebne skreślić.

## WZÓR

**Wniosek o rozpoczęcie przez lekarza będącego cudzoziemcem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....**

Wojewoda .....

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Miejsce i data urodzenia .....
4. Płeć .....
5. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.....  
.....  
oraz kraj wydania .....
6. Obywatelstwo (obywatelstwa).....
7. Adres miejsca zamieszkania .....
8. Dokument, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa w Rzeczypospolitej Polskiej.....
9. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej.....
10. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.....
11. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego.....  
.....
12. Dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb ich odbywania .....
13. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP .....
14. Posiadany stopień naukowy.....
15. Liczba publikacji i ich wykaz (w załączeniu).....  
.....
16. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącego miejscem zatrudnienia lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego.....  
.....  
okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w tym podmiocie.....  
.....  
oraz zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych .....
17. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego\*:
  - 1) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury;
  - 2) lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:
    - a) na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,
    - b) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,
    - c) na podstawie umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów

lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

d) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,

e) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów – w trybie określonym w pkt 1 lub pkt 2 lit. a–d.

\*Niepotrzebne skreślić.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć wnioskującego)

## WZÓR

**Wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażenie zgody na odbycie szkolenia specjalizacyjnego i określenie warunków finansowych jego odbywania w dziedzinie.....**

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Obywatelstwo.....narodowość.....
3. Data i miejsce urodzenia.....
4. Kraj stałego zamieszkania.....
5. Seria i numer paszportu.....
6. Numer karty pobytu/numer wizy\*.....  
wydanej przez.....dnia.....
7. Dokładny adres miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .....
- numer telefonu..... adres e-mail .....
8. Tytuł zawodowy.....
9. Nazwa, data wydania i numer dyplomu.....
10. Numer i data otrzymania zaświadczenia o uznaniu dyplomu za równoważny z dyplomem ukończenia wyższej uczelni medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .....wydanego przez .....
11. Data ukończenia stażu podyplomowego .....
12. Data decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie uznania stażu odbytego za granicą .....
13. Wynik LEP albo LDEP, albo LEK, albo LDEK .....
14. Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty  
numer.....wydane przez .....dnia.....  
lub  
Prawo wykonywania zawodu lekarza/Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty  
numer.....wydane przez .....dnia.....
15. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w.....  
numer rejestracyjny .....
16. Miejsce odbywania studiów doktoranckich .....
- (podmiot prowadzący, adres)
- (temat rozprawy doktorskiej)
- (na warunkach stypendialnych, na warunkach odpłatności albo bez odpłatności świadczeń stypendialnych)
17. Posiadane specjalizacje (nazwa specjalizacji, stopień, data i numer dyplomu, nazwa podmiotu wydającego)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
18. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej  
.....  
.....  
.....



.....  
19. Uzasadnienie wniosku  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka wnioskującego)

---

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA PROWADZĄCA SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

Wyrażam zgodę na odbycie szkolenia specjalizacyjnego przez Panią/Pana

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

w dziedzinie .....

od dnia .....

w ramach posiadanych wolnych miejsc szkoleniowych:

- na warunkach stypendialnych\*
- na warunkach odpłatności\*
- bez odpłatności i świadczeń stypendialnych\*

\* Niepotrzebne skreślić.

W .....

(nazwa jednostki organizacyjnej)

W .....

(nazwa komórki organizacyjnej)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika  
komórki organizacyjnej prowadzącej  
szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika  
jednostki organizacyjnej prowadzącej  
szkolenie specjalizacyjne)

---

WYPEŁNIA ORGAN KIERUJĄCY W MIEJSCU ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZAKWALIFIKOWANIA DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Pani/Pan .....  
został/a zakwalifikowana/y / nie został/a zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego  
w dziedzinie .....  
na warunkach .....  
decyzją Ministra ..... nr ..... z dnia .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka  
osoby upoważnionej)

.....  
(pieczętka organu kierującego  
do odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

---

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Pani/Pan .....odbył/a  
szkolenie specjalizacyjne w okresie od ..... do .....  
W .....  
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)  
pod kierunkiem .....

.....  
(imię i nazwisko kierownika specjalizacji, posiadana przez niego specjalizacja oraz zajmowane

stanowisko)

Okres przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego od ..... do .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć  
kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć jednostki organizacyjnej  
prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

---

**POTWIERDZENIE ZAKOŃCZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

Szkolenie specjalizacyjne zakończone w dniu .....

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie .....  
złożony w dniu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

---

**ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
ODBYWAJĄCYCH SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA**

Pani/Pan.....  
wpisana/y do rejestru pod numerem .....  
zosta/a skreślona/y z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne  
w dziedzinie.....  
w dniu .....

.....  
(przyczyna skreślenia)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć  
osoby upoważnionej)

.....  
(pieczęć organu wydającego  
decyzję o skreśleniu)

WZÓR

**Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego**

w dziedzinie .....

Ministerstwo Obrony Narodowej  
 Inspektorat Wojskowej  
 Służby Zdrowia

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Stopień\* Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Nazwisko rodowe.....
3. Tytuł zawodowy.....
4. Data i miejsce urodzenia.....
5. Płeć: K  M
6. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość .....  
 (nazwa i numer dokumentu oraz kraj i rok wydania)
7. Obywatelstwo (obywatelstwa) .....
8. Adres miejsca zamieszkania.....  
 (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania )
9. Adres do korespondencji .....  
 (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania )
10. Nr telefonu..... tel. służbowy .....  
 adres e-mail.....
11. Członek wojskowej/okręgowej\*\* izby lekarskiej w .....
12. Prawo wykonywania zawodu lekarza /lekarza dentystry\*\* nr ....., wydane przez ....., w dniu ....., o numerze seryjnym dokumentu .....
13. Posiadane specjalizacje:.....  
 (nazwa specjalizacji, numer dyplomu, nazwa podmiotu wydającego dyplom)
14. Dotychczas odbywane szkolenie specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb ich odbywania .....
15. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP.....  
 (liczba uzyskanych punktów)
16. Posiadany stopień naukowy .....  
 nadany przez ..... w dniu .....  
 Tytuł rozprawy doktorskiej/habilitacyjnej.....
17. Liczba publikacji ..... (wykaz w załączeniu).
18. Członkostwo w medycznych towarzystwach naukowych .....  
 (nazwa towarzystwa, rok rozpoczęcia członkostwa)
19. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, zgodnego z kierunkiem wnioskowanego szkolenia specjalizacyjnego, w którym znajduje się stanowisko służbowe/miejsce zatrudnienia\*\* lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego.....  
 okres zatrudnienia/pozostawania na stanowisku służbowym\*\* w pełnym wymiarze czasu pracy w tym podmiocie .....

oraz zajmowane stanowisko w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych

20. Miejsce wykonywania zawodu/przydział służbowy\*\* .....  
(nazwa jednostki wojskowej /instytucji ,adres, zajmowane stanowisko)
21. Miejsce odbywania studiów doktoranckich .....  
(nazwa instytucji prowadzącej studia doktoranckie ,adres)
22. Dotychczasowy przebieg służby wojskowej/pracy zawodowej\*\* .....
23. Wnioskuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie:
- 1) przeznaczonym dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej:
    - a) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej,
    - b) pozostając na stanowisku służbowym w jednostce wojskowej i odbywając szkolenie na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,
    - c) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w tym samym podmiocie leczniczym, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów;
  - 2) przeznaczonym dla lekarzy nie będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej:
    - a) w ramach świadczenia pracy w podmiocie leczniczym, który prowadzi szkolenie specjalizacyjne,
    - b) pozostając na stanowisku pracy w podmiocie leczniczym nie prowadzącym szkolenia specjalizacyjnego i odbywając szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy cywilnoprawnej dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,
    - c) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce prowadzącej studia doktoranckie, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem studiów.

24. Oświadczam, że nie mam aktualnie otwartej żadnej specjalizacji.

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczętka wnioskującego)

**WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY UPRAWNIONY DO PROWADZENIA SZKOLENIA  
SPECJALIZACYJNEGO**

.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

25. Wstępnie akceptuję odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....

Przez Panią/Pana\*\*.....

(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)

w ramach wolnych miejsc szkoleniowych.

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY UPRAWNIONY DO PROWADZENIA SZKOLENIA  
SPECJALIZACYJNEGO, W KTÓRYM LEKARZ WNIOSKUJĄCY O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA  
SPECJALIZACYJNEGO JEST ZATRUDNIONY /POZOSTAJE NA STANOWISKU SŁUŻBOWYM\*\*.

26. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....  
przez Panią/Pana\*\* .....  
(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)  
w ramach pozostawania stanowisku służbowym/ umowy o pracę w .....  
.....  
(nazwa jednostki wojskowej /instytucji ,adres,)

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA /INSTYTUCJA WOJSKOWA , W KTÓREJ WNIOSKUJĄCY O  
ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO JEST ZATRUDNIONY/ POZOSTAJE NA  
STANOWISKU SŁUŻBOWYM\*\*.

27. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....  
przez Panią/Pana\*\* .....  
(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)  
w ramach umowy cywilno-prawnej dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego w .....  
.....  
(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, adres)

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA PROWADZĄCA STUDIA DOKTORANCKIE LEKARZA WNIOSKUJĄCEGO  
O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

28. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego  
przez Panią/Pana\*\* .....  
(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)  
w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program  
specjalizacji w dziedzinie .....  
odbywanej w .....  
(nazwa instytucji prowadzącej studia doktoranckie, adres)  
prowadzącej studia doktoranckie, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem studiów.

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

29. REKOMENDACJA PRZEŁOŻONEGO FACHOWEGO:

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

30. REKOMENDACJA PRZEŁOŻONEGO SŁUŻBOWEGO\*:

.....

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

31. REKOMENDACJA SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA RODZAJU SIŁ ZBROJNYCH\*

.....

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

32. ZGODA SZEFA INSPEKTORATU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

.....

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć Szefa IWSZ)

WYPEŁNIA INSPEKTORAT WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

33. W wyniku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie  
od dnia ..... do dnia ..... r.

Pani/Pan\*\* .....  
(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)

Uzyskał/a ..... punktów, co stanowi .....% ogólnej możliwej do  
uzyskania liczby punktów  
i został/a / nie został/a zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

.....  
w trybie .....  
i został/a\*\* skierowana/y\*\* w ramach wolnych miejsc szkoleniowych do

.....  
(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, adres)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

Nr wpisu do rejestru .....

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
ODBYWAJĄCYCH SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

34. Pani/Pan\*\* .....  
(stopień\*, imię (imiona) i nazwisko)

wpisana/y do rejestru pod numerem.....

został/a w dniu ..... skreślona/y z rejestru lekarzy odbywających

szkolenie specjalizacyjne na wniosek .....  
(stopień\*, imię, nazwisko, funkcja osoby wnioskującej o skreślenie)

z powodu .....

.....  
(przyczyna skreślenia lekarza z rejestru)

.....  
( data )

.....  
( podpis i pieczęć Szefa IWSZ)

\* dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej.

\*\* niepotrzebne skreślić.

WZÓR

**Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego**

w dziedzinie .....

Ministerstwo Spraw  
Wewnętrznych Departament  
Zdrowia

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Miejsce i data urodzenia .....
4. Płeć .....
5. Numer PESEL .....w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu .....  
.....  
oraz kraj wydania .....
6. Obywatelstwo (obywatelstwa) .....
7. Adres miejsca zamieszkania .....
- Nr telefonu kontaktowego (w godz. 7.30–14.45).....adres e-mail.....
8. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej .....
9. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” .....
- .....
10. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego  
.....  
.....
11. Dotychczas odbywane szkolenie specjalizacyjne niezakończony uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb odbywania .....
- .....  
.....
12. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP .....
13. Posiadany stopień naukowy.....



.....  
14. Liczba publikacji i ich wykaz ( załączeniu).....  
.....

15. Nazwa i adres jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącej miejscem zatrudnienia lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego .....

.....  
okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu w tej jednostce .....

.....  
16. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego\*:

\*Należy wybrać właściwy tryb odbywania specjalizacji zgodnie z art. 16h ust 2 pkt 1 – 4 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz.1634, z późn. zm.).

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć wnioskującego)

**Regulamin postępowania kwalifikacyjnego**

**§ 1.**

1. Lekarz składa odpowiednio wniosek o odbywanie albo rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego po zalogowaniu się do systemu. Po wypełnieniu, wydrukowaniu i podpisaniu wniosku, składa jego wersję papierową, wraz z wymaganymi załącznikami, do organu, o którym mowa w 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).
2. Organ, o którym mowa w 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, potwierdza elektronicznie zapisanie danych zgłoszonych we wniosku.

**§ 2**

1. Do wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego należy dołączyć:
  - 1) w przypadku rezydentury:
    - a) oświadczenie dotyczące posiadania lub nie posiadania specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty, zawierające ponadto:
      - informację o odebraniu pouczenia o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań,
      - zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.),
      - informację o miejscu i dacie złożenia oświadczenia,
    - b) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”,
    - c) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem świadectwa złożenia Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LEP/LDEP) albo Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LEK/LDEK),
    - d) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 2) w przypadku innego trybu niż rezydentura:
    - a) oświadczenie dotyczące odbywania lub nieodbywania dotychczas oraz obecnie szkolenia specjalizacyjnego, zawierające ponadto:
      - informację o odebraniu pouczenia o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań,

– zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,

– informację o miejscu i dacie złożenia oświadczenia,

b) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”,

c) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem świadectwa złożenia LEP/LDEP albo LEK/LDEK albo zaświadczenie o ocenach uzyskanych na egzaminie specjalizacyjnym I lub II stopnia lub zaświadczenie o wyniku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) wydane przez Centrum Egzaminów Medycznych,

d) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

e) zgodę pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w jednym z następujących trybów:

– na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,

– w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,

– na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestnictwa w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

f) zgodę kierownika studiów doktoranckich w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a jeżeli pozostaje w stosunku pracy – również zgodę pracodawcy,

g) zaświadczenie pracodawcy o wymiarze czasu pracy oraz na jaki okres została zawarta umowa o pracę;

3) oświadczenie, w którym lekarz wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku

zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach;

4) w przypadku ubiegania się o uzyskanie w trybie pozarezydenckim dodatkowych punktów, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia, należy dołączyć:

a) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych,

b) potwierdzenie do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego lub do dnia 30 września) udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym zamieszczonym w wykazie czasopism sporządzonych przez ministra właściwego do spraw nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych),

c) zaświadczenie pracodawcy o posiadaniu co najmniej 3 letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 30 września – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października), zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego,

d) zaświadczenie pracodawcy informujące o zajmowanym stanowisku – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych;

5) w przypadku lekarza i lekarza dentystry będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej należy dołączyć zgodę przełożonych służbowych wraz z opinią szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej;

6) w przypadku lekarza i lekarza dentystry będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, należy dołączyć odpowiednio zgodę przełożonego albo pracodawcy.

2. Wnioskodawca przedstawia do wglądu oryginały dokumentów.

3. W przypadku stwierdzenia braków formalnych dotyczących wniosku lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.

### § 3.

1. Przy sporządzaniu listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego wojewoda uwzględni złożone przez lekarza wnioski o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz oświadczenie, w którym lekarz wskazuje, w którym trybie będzie odbywał szkolenie specjalizacyjne w przypadku zakwalifikowania się na szkolenie w dwóch trybach, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia.
2. Jeżeli w postępowaniu kwalifikacyjnym w określonej dziedzinie medycyny w określonym trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie zostały przyznane miejsca szkoleniowe, wnioski złożone na te miejsca pozostawia się bez rozpatrzenia.

### § 4.

Punkty za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES przyznaje się następująco:

za średnią ocen 3,00 – 116,0 punktów,  
za średnią ocen 3,01 – 116,4 punktów,  
za średnią ocen 3,02 – 116,8 punktów,  
za średnią ocen 3,03 – 117,2 punktów,  
za średnią ocen 3,04 – 117,6 punktów,  
za średnią ocen 3,05 – 118,0 punktów,  
za średnią ocen 3,06 – 118,4 punktów,  
za średnią ocen 3,07 – 118,8 punktów,  
za średnią ocen 3,08 – 119,2 punktów,  
za średnią ocen 3,09 – 119,6 punktów,

za średnią ocen 3,10 – 120,0 punktów,  
za średnią ocen 3,11 – 120,4 punktów,  
za średnią ocen 3,12 – 120,8 punktów,  
za średnią ocen 3,13 – 121,2 punktów,  
za średnią ocen 3,14 – 121,6 punktów,  
za średnią ocen 3,15 – 122,0 punktów,  
za średnią ocen 3,16 – 122,4 punktów,  
za średnią ocen 3,17 – 122,8 punktów,  
za średnią ocen 3,18 – 123,2 punktów,  
za średnią ocen 3,19 – 123,6 punktów,

za średnią ocen 3,20 – 124,0 punktów,  
za średnią ocen 3,21 – 124,4 punktów,  
za średnią ocen 3,22 – 124,8 punktów,  
za średnią ocen 3,23 – 125,2 punktów,  
za średnią ocen 3,24 – 125,6 punktów,  
za średnią ocen 3,25 – 126,0 punktów,  
za średnią ocen 3,26 – 126,4 punktów,  
za średnią ocen 3,27 – 126,8 punktów,  
za średnią ocen 3,28 – 127,2 punktów,  
za średnią ocen 3,29 – 127,6 punktów,

za średnią ocen 3,30 – 128,0 punktów,  
za średnią ocen 3,31 – 128,4 punktów,  
za średnią ocen 3,32 – 128,8 punktów,  
za średnią ocen 3,33 – 129,2 punktów,  
za średnią ocen 3,34 – 129,6 punktów,  
za średnią ocen 3,35 – 130,0 punktów,

za średnią ocen 4,00 – 156,0 punktów,  
za średnią ocen 4,01 – 156,4 punktów,  
za średnią ocen 4,02 – 156,8 punktów,  
za średnią ocen 4,03 – 157,2 punktów,  
za średnią ocen 4,04 – 157,6 punktów,  
za średnią ocen 4,05 – 158,0 punktów,  
za średnią ocen 4,06 – 158,4 punktów,  
za średnią ocen 4,07 – 158,8 punktów,  
za średnią ocen 4,08 – 159,2 punktów,  
za średnią ocen 4,09 – 159,6 punktów,

za średnią ocen 4,10 – 160,0 punktów,  
za średnią ocen 4,11 – 160,4 punktów,  
za średnią ocen 4,12 – 160,8 punktów,  
za średnią ocen 4,13 – 161,2 punktów,  
za średnią ocen 4,14 – 161,6 punktów,  
za średnią ocen 4,15 – 162,0 punktów,  
za średnią ocen 4,16 – 162,4 punktów,  
za średnią ocen 4,17 – 162,8 punktów,  
za średnią ocen 4,18 – 163,2 punktów,  
za średnią ocen 4,19 – 163,6 punktów,

za średnią ocen 4,20 – 164,0 punktów,  
za średnią ocen 4,21 – 164,4 punktów,  
za średnią ocen 4,22 – 164,8 punktów,  
za średnią ocen 4,23 – 165,2 punktów,  
za średnią ocen 4,24 – 165,6 punktów,  
za średnią ocen 4,25 – 166,0 punktów,  
za średnią ocen 4,26 – 166,4 punktów,  
za średnią ocen 4,27 – 166,8 punktów,  
za średnią ocen 4,28 – 167,2 punktów,  
za średnią ocen 4,29 – 167,6 punktów,

za średnią ocen 4,30 – 168,0 punktów,  
za średnią ocen 4,31 – 168,4 punktów,  
za średnią ocen 4,32 – 168,8 punktów,  
za średnią ocen 4,33 – 169,2 punktów,  
za średnią ocen 4,34 – 169,6 punktów,  
za średnią ocen 4,35 – 170,0 punktów,



za średnią ocen 3,90 – 152,0 punktów,  
za średnią ocen 3,91 – 152,4 punktów,  
za średnią ocen 3,92 – 152,8 punktów,  
za średnią ocen 3,93 – 153,2 punktów,  
za średnią ocen 3,94 – 153,6 punktów,  
za średnią ocen 3,95 – 154,0 punktów,  
za średnią ocen 3,96 – 154,4 punktów,  
za średnią ocen 3,97 – 154,8 punktów,  
za średnią ocen 3,98 – 155,2 punktów,  
za średnią ocen 3,99 – 155,6 punktów,

za średnią ocen 4,90 – 192,0 punktów,  
za średnią ocen 4,91 – 192,4 punktów,  
za średnią ocen 4,92 – 192,8 punktów,  
za średnią ocen 4,93 – 193,2 punktów,  
za średnią ocen 4,94 – 193,6 punktów,  
za średnią ocen 4,95 – 194,0 punktów,  
za średnią ocen 4,96 – 194,4 punktów,  
za średnią ocen 4,97 – 194,8 punktów,  
za średnią ocen 4,98 – 195,2 punktów,  
za średnią ocen 4,99 – 195,6 punktów,

za średnią ocen 5,00 – 196,00 punktów,  
za ocenę 5,0 z wyróżnieniem – 200,00  
punktów.

## WZÓR

pieczęć wojewody

.....  
 Numer wpisu do rejestru lekarzy  
 odbywających szkolenie specjalizacyjne

**Karta szkolenia specjalizacyjnego nr ...../..... r.  
 w dziedzinie .....**

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego .....

## DANE OSOBOWE

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Nazwisko rodowe .....
3. Miejsce i data urodzenia .....
4. Płeć .....
5. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu ..... oraz kraj wydania .....
6. Obywatelstwo (obywatelstwa) .....
7. Adres miejsca zamieszkania .....
8. Adres e-mail .....
9. Numer telefonu .....
10. Tytuł zawodowy .....
11. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” .....
12. Przynależność do okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w ..... nr rejestracyjny .....
13. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień lub tytuł, data uzyskania):  
 .....  
 .....
14. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:  
 .....  
 .....
15. Okres szkolenia: od dnia ..... do dnia .....

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczęć wojewody)

16. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....
- numer PESEL .....
- posiadane specjalizacje, stopień naukowy, stanowisko służbowe .....
- .....
- .....

17. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego .....

.....  
 (podpis i pieczęć  
 kierownika specjalizacji)

.....  
 (podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej  
 prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)



18. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego do dnia .....  
przyczyna przedłużenia .....

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

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

.....  
(podpis i pieczętka kierownika jednostki organizacyjnej  
prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

19. Adnotacja o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego do dnia .....  
przyczyna przedłużenia .....

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

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

.....  
(podpis i pieczętka kierownika jednostki organizacyjnej  
prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(podpis i pieczętka  
konsultanta wojewódzkiego)

.....  
(podpis i pieczętka wojewody)

20. Adnotacja o zaliczeniu/skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze .....  
na podstawie (nr decyzji Ministra Zdrowia lub inne przyczyny).....

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

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

.....  
(podpis i pieczętka kierownika jednostki organizacyjnej  
prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

---

UWAGI

---

REALIZACJA PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

I ROK SZKOLENIA

1. Kurs wprowadzający

Temat i nr kursu .....  
Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Kursy szkoleniowe:

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....  
Temat i nr kursu .....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....  
Temat i nr kursu .....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....  
Temat i nr kursu .....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

3. Staże kierunkowe:

– Staż kierunkowy w zakresie .....  
Okres realizacji.....  
Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

– Staż kierunkowy w zakresie .....  
Okres realizacji .....

.....  
Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

Ocena .....

.....  
(data)

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

– Staż kierunkowy w zakresie .....

Okres realizacji.....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

Ocena .....

.....  
(data)

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj .....

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.....

Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

II ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji .....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....

Ocena .....

.....  
(data)

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....

.....  
(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.....

.....  
Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

III ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji .....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....

Ocena .....

.....  
(data)

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.....

Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

IV ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji .....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....



Ocena .....

.....  
(data)

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej .....

Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

## V ROK SZKOLENIA

### 1. Kursy szkoleniowe:

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

### 2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji .....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia  
rodzaj .....

.....  
(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.....

.....

Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

VI ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

- Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .....
- Temat i nr kursu .....
- Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczętka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –  
na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji .....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

.....  
(data)

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

- Staż kierunkowy w zakresie .....
- Okres realizacji.....
- Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
Nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.....

.....  
Ocena .....

Ocena .....

.....  
(data)

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .....

.....  
(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.....

.....  
Liczba godzin dyżurów .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

---

UWAGI

KOLOKWIMUM Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO PRZEPROWADZONE NA PODSTAWIE

.....  
.....  
Podmiot przeprowadzający kolokwium

.....  
.....  
Ocena

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć przeprowadzającego kolokwium)

---

ZALICZENIE MODUŁU PODSTAWOWEGO

Pani/Pan

.....  
wpisana/y do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem

.....  
odbył/a szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego zgodnie z programem  
specjalizacji oraz zaliczył/a program modułu podstawowego w zakresie

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza wyznaczonego przez kierownika  
jednostki organizacyjnej, w której lekarz odbywał moduł podstawowy,  
zgodnie z § 15 ust. 2 rozporządzenia)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki prowadzącej  
szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

.....  
(pieczęć jednostki prowadzącej  
szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

---

ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Pani/Pan

.....  
wpisana/y do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem

.....  
odbył/a szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył/a program  
specjalizacji w dziedzinie

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki  
prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

.....  
(pieczęć jednostki prowadzącej  
szkolenie specjalizacyjne)

WZÓR

**Indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych**

**INDEKS WYKONANYCH  
ZABIEGÓW I PROCEDUR  
MEDYCZNYCH**

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

zewnątrzna strona okładki

**INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,
- 2) nazwa stażu szkoleniowego,
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”,
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 5) miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 6) inicjały pacjenta,
- 7) płeć pacjenta,
- 8) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
- 9) nazwiska lekarzy/lekarzy dentystów biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
- 10) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
- 11) podpis i pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego,
- 12) pieczętka jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne/staż kierunkowy.

wewnętrzna strona okładki

.....  
 .....  
 (numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne) ·  
 .....  
 ....  
 (imię i nazwisko lekarza)  
 .....  
 ..  
 (dziedzina medycyny)  
 .....  
 ....  
 .....  
 ....  
 (nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)  
 .....  
 ....  
 (nazwa komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)  
 .....  
 ....  
 (imię i nazwisko kierownika specjalizacji)

strona 1

1.	2.
3. <b>A / B*</b>	4.
5.	
6.	7. <b>K / M*</b>
8.	
9.	
10.	
11.	12.

strona 2 i następane

\* niepotrzebne skreślić



WZÓR

**Oświadczenie członka Zespołu Egzaminacyjnego**

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....  
Numer PESEL\*

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż nie jestem:

- 1) małżonkiem,
- 2) osobą pozostającą w stosunku:
  - a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
  - b) przysposobienia,
- 3) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
- 4) osobą pozostającą w stosunku zależności służbowej

osoby przystępującej do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie..... w sesji wiosennej/jesiennej\*\* 20..... r., składanego przed Zespołem Egzaminacyjnym, do którego zostałam/em wyznaczona/y.

Oświadczam również, że nie zostałam/em skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Równocześnie zobowiązuję się poinformować Dyrektora CEM o wszelkich zmianach okoliczności, które wpływałyby na moją bezstronność, a które nastąpiłyby do dnia egzaminu. Zawiadomienie przekażę niezwłocznie po zaistnieniu tych okoliczności.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

\* w przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania

\*\* niepotrzebne skreślić

WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan ..... urodzona/y .....  
W .....  
posiadająca/y obywatelstwo .....  
oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium  
Rzeczypospolitej Polskiej nr ..... wydane przez ..... w dniu  
.....  
po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana .....  
.....  
i spełnieniu przesłanek określonych w art. 16r ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach  
lekarza i lekarza dentysty oraz przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r.  
w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe  
równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów  
potwierdzających złożenie takich egzaminów (Dz. U. poz. 151)  
uzyskał/a tytuł specjalisty w dziedzinie .....

(pieczęć okrągła  
Centrum Egzaminów Medycznych)

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

.....  
(numer dyplomu)

.....  
(miejsce i data wydania dyplomu)

WZÓR  
DYPLOM

Pani/Pan ..... urodzona/y .....  
w .....  
posiadająca/y obywatelstwo .....  
oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium  
Rzeczypospolitej Polskiej nr ..... wydane przez ..... w dniu  
.....  
po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana .....  
.....  
i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z oceną .....  
w dniu ..... przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie  
określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia .....  
w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr ....., poz. ....)  
uzyskał/a tytuł specjalisty w dziedzinie .....

(pieczęć okrągła  
Centrum Egzaminów Medycznych)

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

.....  
(numer dyplomu)

.....  
(miejsce i data wydania dyplomu)