

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza

.....
.....
Oznaczenie Okręgowej Izby Lekarskiej
wydającej prawo wykonywania zawodu
lekarza i data jego wydania

.....
znak sprawy:
(wypełnia CEM)

.....
adres

.....
numer tel./adres poczty elektronicznej

**Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
Al. Piłsudskiego 22
90-051 Łódź**

WNIOSEK

o uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe za równoważny z częścią/całością* Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2017 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. 2005).

wniosuję o

uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe, złożonego w dniu, za równoważny z

- całością Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
 - egzaminem testowym wchodzącym w skład Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
- w dziedzinie

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Załączniki: (należy wpisać nazwy przedkładanych dokumentów określonych w ww. rozporządzeniu)

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

Weryfikacja danych Wnioskodawcy w Centralnym Rejestrze Lekarzy

.....
data i podpis pracownika CEM

Weryfikacja potwierdzenia zrealizowania odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji

.....
data i podpis pracownika CEM

Rozstrzygnięcie Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uznaje/nie uznaje* ww. egzaminu za równoważny z

- całością Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
 - egzaminem testowym wchodzącym w skład Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
- w dziedzinie

W przypadku rozstrzygnięcia negatywnego, podać przyczynę:

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

Łódź, dn. 20.... r.

.....
*Pieczęć i podpis
Dyrektora
Centrum Egzaminów Medycznych*