

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejscowość, data

.....  
PESEL

.....  
Nr prawa wykonywania zawodu

.....  
znak sprawy: .....  
(wypełnia CEM)

.....  
adres

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

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

**WNIOSEK  
o zwolnienie z opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie  
do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (dla lekarzy i lekarzy dentystów)**

Działając na podstawie art. 16t ust. 4b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.), w związku z nieprzystąpieniem w okresie stanu epidemii do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego

w dziedzinie .....

w sesji ..... 20 ..... r.

zwracam się o zwolnienie z opłaty egzaminacyjnej za zgłoszenie do w ww. egzaminu w sesji

..... 20 ..... r.

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy