

**Arkusz zgłoszeniowy Lekarza/ Lekarza Dentysty* Stażysty
na terenie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie**

Dane Personalne

Nazwisko	
Imiona	
Adres zameldowania	Ulica i nr domu/ mieszkania: Kod pocztowy: Miasto:
Adres do korespondencji	Ulica i nr domu/ mieszkania: Kod pocztowy: Miasto:
Numer telefonu	Komórkowego: Stacjonarnego:
Adres e-mail	

Studia medyczne

Nazwa uczelni	
Wydział	
Data ukończenia studiów	
Zaświadczenie z dziekanatu o ukończeniu studiów	Data wydania zaświadczenia: Średnia ocen:
Dyplom uczelni	Nr dyplomu: Data wydania dyplomu:

Języki obce

Nazwa języka	Stopień znajomości (1 – słaba; 2 – średnia; 3 – dobra; 4 – biegła)
1.	
2.	
3.	

Staż poddyplomowy

Preferowane miejsce stażowe z listy uprawnionych (wg preferowanej kolejności)	1. 2. 3.
---	----------------

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data

.....
Podpis

**niepotrzebne skreślić*