

WZÓR
**KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO
LEKARZA**

		Nr																					
Imię i nazwisko lekarza stażysty																							
Data urodzenia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-			-					Numer prawa wykonywania zawodu <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		-			-																		
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				-			-														
		-			-																		
Data		w																					
		Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej																					
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa																					
Nazwa podmiotu uprawnionego																							
Adres																							
Okres zatrudnienia od <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> do <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						-			-							-			-				
		-			-																		
		-			-																		
Data		Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																					

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">do</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">do</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Staż został przedłużony od	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">do</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					do			-			-				
		-			-					do			-			-						
z powodu																						
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																					
Nazwa podmiotu uprawnionego																						
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego																						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">w okresie od</td> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">do</td> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;">-</td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>		w okresie od			-			-				do			-			-				
w okresie od			-			-				do			-			-						
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																					

COORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych						
od		do				
Imię i nazwisko opiekuna						
Odbył szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie: od..... do.....		Pieczętka regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej		Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbył szkolenie z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: od..... do.....		Pieczętka i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV		Pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;">Data</td> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>		Data			Pieczętka oddziału	
Data						
Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		Pieczętka oddziału				

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Wkłucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył	
Dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i otrzewnej	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
Płukanie żołądka	
Pomiar i interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiar ciśnienia na kostce	
Pomiar glikemii	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału		Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi	
Pielęgnacja i karmienie niemowlęcia	
Zbieranie wywiadu od rodziny dziecka	
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia u dzieci	
Ocena rozwoju psychoruchowego i psychicznego niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena rozwoju fizycznego i na siatkach centylowych niemowlęcia i dziecka starszego	
Ocena dojrzałości płciowej	
Badanie neurologiczne niemowlęcia i dziecka starszego	
Wykonanie wkłucia dożylnego i pobrania krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania przy podejrzeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych	
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych	
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar; 2) ocena dojrzałości noworodka; 3) resuscytacja noworodka.	
Wykonywanie testów przesiewowych u noworodka	
Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
Pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
Chirurgiczne opracowanie i zeszycie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylne przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie przy oparzeniach	
Badanie <i>per rectum</i> i ocena gruczołu krokowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii			
od		do	
Imię i nazwisko opiekuna			
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna	
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna	
Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej			
od		do	
Imię i nazwisko opiekuna			
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna	
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna	
Złożył kolokwium końcowe			
Data			
Pieczętka oddziału		Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi;
- 2) intubacja dotchawicza;
- 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.);
- 4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;
- 5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;
- 6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;
- 7) pośredni masaż serca;
- 8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;
- 9) resuscytacja płynowa;
- 10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- 1) zabezpieczanie rannego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;
- 2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;
- 3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;
- 4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;
- 5) tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym

Zaopatrywanie ran powierzchownych

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych

Zasady postępowania w porodzie nagłym

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**

**KURS PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE
ALS/BLS**

W

Termin kursu

Imię i nazwisko wykładowcy

Odbył kurs określony programem i wykazał się znajomością podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych ALS/BLS.

Data

Pieczętka i podpis

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka poradni/zakładu leczniczego		Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Badanie niemowlęcia i małego dziecka	
Wykonanie badania bilansowego dzieci w różnym wieku	
Kwalifikacja do szczepień dzieci i dorosłych	
Przeprowadzenie porady laktacyjnej	
Przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej	
Przeprowadzenie porady profilaktycznej u pacjenta dorosłego	
Przeprowadzenie porady edukacyjnej	
Ocena kliniczna bólu z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi	
Badanie stanu psychicznego z wykorzystaniem wystandaryzowanych skal i kwestionariuszy, mających zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej	
Podstawowe badanie neurologiczne (badanie nerwów czaszkowych, badanie odruchów, badanie układu ruchu, objawy oponowe, badanie czucia)	
Badanie otoskopowe	
Wziernikowanie nosa (rynoskopia przednia)	
Orientacyjne badanie ostrości wzroku	
Orientacyjne badanie pola widzenia	
Badanie <i>per rectum</i> , w tym ocena gruczołu krokowego	
Usuwanie szwów i drenów	
Usuwanie woskowiny z ucha	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Zakładanie opatrunków	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

.....

(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
O odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
O odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

.....

(Wpisać umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)

[illegible]

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

.....
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej
dziedziny medycyny)

(Wpisać umiejętności i czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

.....
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczątką i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczątką i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

.....

(Wpisać umiejętności lub czynności, które stażysta opanował w stopniu umożliwiającym ich samodzielne wykonywanie)

[illegible]

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	
Data	Pieczątka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od

do

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu