

WZÓR

.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

**ZASWIADCZENIE O ODBYCIU STAŻU ADAPTACYJNEGO POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO\***

Pani (Pan) .....  
(imię i nazwisko)

data urodzenia .....  
(dzień, miesiąc, rok)

posiadająca (-cy) ograniczone prawo wykonywania zawodu nr .....  
wydane przez .....

.....  
odbyła (-ył) zgodnie z ramowym programem staż adaptacyjny  
w okresie od ..... do .....  
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

W .....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

oraz złożyła (-ył) wymagane kolokwia i uzyskała (-kał) wymagane zaliczenia.

.....  
(miejsowość, dzień, miesiąc, rok)

Podpis koordynatora stażu adaptacyjnego:

.....

Podpis kierownika podmiotu leczniczego:

.....

---

\* Niepotrzebne skreślić.