

Data

.....
Pieczęć jednostki kierującej

SKIEROWANIE
DO SPECJALISTYCZNEGO PSYCHIATRYCZNEGO ZESPOŁU OPIEKI
ZDROWOTNEJ W ŁODZI

Proszę o przyjęcie lekarza

.....
(imię i nazwisko)

PESEL *

Na staż kierunkowy/personalizowany w zakresie:

realizowany w ramach umowy z dnia

Oświadczam, że wobec w/w osoby jednostka kierująca dokonała czynności weryfikacyjnych w rozumieniu art.21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2016 poz. 862.)

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora
Jednostki Kierującej

(*) Nr PESEL używany jest do identyfikacji osoby na podstawie okazanego dowodu osobistego, w przypadku braku nr PESEL należy wpisać oznaczenie dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość lekarza..