

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
PESEL

.....
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza

.....
znak sprawy:
(wypełnia CEM)

.....
adres

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

**Dyrektor
Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź**

WNIOSEK

**o uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe
za równoważny z częścią/całością* Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego**

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów (Dz. U. z 2012 r., poz. 151)

wniosuję o

uznanie egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe, złożonego w dniu, za równoważny z

- całością Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
 - egzaminem testowym wchodzącym w skład Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
- w dziedzinie

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* *niepotrzebne skreślić*

Załączniki: (należy wpisać nazwy przedkładanych dokumentów określonych w ww. rozporządzeniu)

.....
.....
.....
.....

Rozstrzygnięcie Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uznaje/nie uznaje* ww. egzaminu za równoważny z

- całością Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego*
- egzaminem testowym wchodzącym w skład Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego* w dziedzinie

W przypadku rozstrzygnięcia negatywnego, podać przyczynę:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Łódź, dn. 201... r.

.....
Pieczęć i podpis
Dyrektora
Centrum Egzaminów Medycznych