### Załącznik do Zarządzenia 19/2025 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 27 marca 2025 r.

**Karta staży wewnętrznych**

…………………………………………………………………..……………………………

**Imię i nazwisko odbywającego specjalizację**

…………………………………………………………………..……………………………

**Imię i nazwisko kierownika specjalizacji**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa kliniki/oddziału prowadzącej staż wewnętrzny | Czas trwania stażu w tygodniach | Termin odbywania stażu | | Podpis i pieczątka koordynatora stażu wewnętrznego |
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………………………….

Data, podpis i pieczątka Kierownika kliniki/oddziału