…………..……………………………………

Data (dd.mm.rrrr), miejscowość

……………………………………

Imię i nazwisko

……………………………………

Adres korespondencyjny

……………………………………

Tel. kontaktowy, email

Pan

dr n. ekon. Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Departament Rozwoju Kadr Medycznych

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

**Wniosek**

Szanowny Panie Ministrze,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na pracę poza podmiotem leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 na podstawie art. 7 ust. 16 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790).

Uzasadnienie

Prośbę swą motywuję tym, że podmiot leczniczy……………………………………………………………………………. (*Nazwa pomiotu),* w którym pracuję na podstawie decyzji Ministra Zdrowia NR ……………………………………………………………………… *(podać nr decyzji Ministra Zdrowia)* oraz PWZ NR ………………………………………………… (numer PWZ jeżeli posiada) nie jest już podmiotem leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19.

Bardzo mi zależy na kontynuacji pracy w tym podmiocie leczniczym oraz zawodzie, w którym jestem specjalistą/ką/.

Z wyrazami szacunku

…………………………………………

czytelny podpis

Do wniosku dołączam załączniki:

1. Kopie poświadczoną notarialnie warunkowego PWZ/ negatywną decyzję Izby Lekarskiej wraz z odwołaniem/ pismo z Izby Lekarskiej potwierdzające wstrzymanie (niepotrzebne skreślić).
2. Pismo od dyrektora podmiotu leczniczego, potwierdzające chęć i potrzebę dalszego zatrudniania lekarza z warunkowym prawem wykonywania zawodu.