………………………………………………………

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

Nazwa i adres siedziby Organizatora miejscowość, data

Dyrektor

Centrum Kształcenia Podyplomowego

Pielęgniarek i Położnych

ul. Pawińskiego 5a

02-106 Warszawa

**WNIOSEK**

dot. umowy Nr …..zawartej w dniu ………….. - specjalizacja w dziedzinie……………………………

realizowana na obszarze województwa……………………………………………………………………………

Na podstawie § 9 ww. umowy, w związku ze zgłoszoną w dniu………………………., rezygnacją   
z odbywania kształcenia w ramach miejsca dofinansowanego/w związku z niemożliwością kontynuacji kształcenia w ramach miejsca dofinansowanego, z powodu[[1]](#footnote-1)………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

przez Panią/Pana[[2]](#footnote-2) …………………………………………….

/imię nazwisko/

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

/nr PWZ/

w dniu……………………………..dokonano skreślenia ww. osoby z listy uczestników odbywających kształcenie w ramach miejsc dofinansowanych.

W związku z powyższym wnioskuję o wyrażenie zgody na przyznanie zwolnionego miejsca

dofinansowanego Pani(u) …………………………………………….

/imię nazwisko/

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

nr PWZ

od dnia ………………………………………..tj.: przypadającego po dacie skreślenia z listy uczestników Pani/Pana…………………………………………………………………..

Uzasadnienie:

Komisja kwalifikacyjna przeprowadzająca postępowanie kwalifikacyjne w dniu……………………………, poza limitem miejsc dofinansowanych zakwalifikowała ………...osób. Pomyślny wynik, a zarazem najwyższą liczbę punktów z egzaminu wstępnego, spośród osób zakwalifikowanych i aktualnie odbywających specjalizację poza limitem miejsc dofinansowanych uzyskał/a/ Pan/i/…………………………………………

Jednocześnie Organizator oświadcza, że Pan/i/………………………………………………………………   
1) nie odbywał/a ani nie przerwał/a specjalizacji dofinansowanej w ciągu ostatnich 5 lat,

2) nie odbywa w tym samym czasie innej specjalizacji dofinansowanej

Uwagi:[[3]](#footnote-3)

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

……………………………………………………

Pieczęć i Podpis Organizatora

lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Organizatora

1. niewłaściwe wykreślić, [↑](#footnote-ref-1)
2. niewłaściwe wykreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. wypełnić w sytuacji gdy specjalizację, poza limitem miejsc dofinansowanych, odbywają osoby, które np.: uzyskały z egzaminu wstępnego tę samą liczbę punktów, co osoba, o którą wnioskuje Organizator [↑](#footnote-ref-3)