

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(pracodawca)

.....
.....
(adres)

.....
.....
(adres)

.....
(stanowisko)

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA PODNOSZENIE KWALIFIKACJI

Proszę o wyrażenie zgody na podnoszenie przeze mnie kwalifikacji zawodowych.

Cel szkolenia - *Uzyskanie tytułu Specjalistw dziedzinie Inżynieria Medyczna*

Forma szkolenia - *Specjalizacja Inżynieria Medyczna ,Politechnika Łódzka*

Czas trwania szkolenia - *2 lata*

Przewidywany termin rozpoczęcia

Przewidywany termin zakończenia

Inne ważne informacje opisujące przebieg nauki *Specjalizacja obejmuje kształcenie teoretyczne w wymiarze 700 godzin, realizowane w systemie zaocznym (piątek-niedziela) oraz praktyczne – staże kierunkowe – w wymiarze 23 tygodni, realizowane w dni powszednie w godzinach pracy kierowników staży.*

Jednocześnie proszę o rozważenie przyznania mi dodatkowych/ego* świadczeń/nia* w postaci (dodatkowym świadczeniem jest pokrycie opłaty za: kształcenie, przejazdy, podręczniki i zakwaterowanie).

* niepotrzebne skreślić.

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na rozpoczęcie Specjalizacji Inżynieria Medyczna .

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)