

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

Nazwisko i imię pracownika:

Nr ewidencyjny pracownika:

Data zatrudnienia:

Stanowisko: **lekarz/lekarz dentysta – staż kierunkowy**

Miejsce zatrudnienia:

Lp.	Nazwa Działu	Lokalizacja	Data/Pieczątko/Podpis szkolącego
1.	Inspektorat BHP i Ochrony Środowiska	bud. nr 6, I piętro pok. 106 Szkolenie w pierwszym dniu pracy: dla wszystkich pracowników od godz. 07:30 (w poniedziałek, wtorek i czwartek)	
2.	Szkolenie w zakresie ochrony ppoż	bud. nr 6, I piętro pok. 106 <i>(szkolenie w ramach bloku szkoleń od poz.1 do poz.6)</i>	
3.	Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych	bud. nr 6, I piętro pok. 106 <i>(szkolenie w ramach bloku szkoleń od poz.1 do poz.6)</i>	
4.	Inspektorat Ochrony Radiologicznej <i>(jeśli dotyczy)</i>	bud. nr 6, I piętro pok. 106 <i>(szkolenie w ramach bloku szkoleń od poz.1 do poz.6)</i>	
5.	Pełnomocnik Dyrektora Naczelnego ds. SZBI	bud. nr 6, I piętro pok. 106 <i>(szkolenie w ramach bloku szkoleń od poz.1 do poz.6)</i>	
6.	Dyrektor ds. Lecznictwa Lekarz Naczelny (dotyczy wszystkich lekarzy, w tym rezydentów, stażystów)	Bud. CMN V piętro, pokój 5/A/06 (przedstawienie certyfikatów zrealizowanych obowiązkowych szkoleń e-learning w celu potwierdzenia rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w systemie SMK)	

data i podpis pracownika