

**WNIOSEK O STYPENDIUM NA STAŻ ZAGRANICZNY  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO**

Imię i Nazwisko: ....., Data urodzenia: .....

Adres e-mailowy: ....., tel. kom. ....

Adres do korespondencji: .....

Miejsce pracy: .....

Znajomość języka\* :

Angielskiego :	podstawowa	zaawansowana	biegła
Francuskiego:	podstawowa	zaawansowana	biegła
Niemieckiego:	podstawowa	zaawansowana	biegła
Innego: (wymienić) .....	podstawowa	zaawansowana	biegła

**Proszę opisać krótko doświadczenie w zakresie leczenia chorób wątroby:**

.....  
.....

**Proszę podać preferowane ośrodki** (preferencje będą spełnione w miarę możliwości) lub podać nazwę Ośrodka który zadeklarował gotowość przyjęcia kandydata (należy wówczas dołączyć list potwierdzający z Ośrodka przyjmującego) 1) .....2) .....3) .....

**Dorobek publikacyjny** w zakresie dotyczącym chorób wątroby.

(Proszę załączyć na oddzielnej kartce zestawienie publikacji w formie wydruku z biblioteki uczelnianej, lub PubMed. Przy każdej publikacji proszę podać punktację MNiSW oraz Impact Factor z okresu publikacji jeżeli czasopisma posiadają takową punktację.)

Sumaryczna wartość punktacji załączonych publikacji: **Impact Factor** ..... **MNiSW**.....

**Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego\*:** Tak  Nie   
(jeżeli „Nie” to dopuszczalne jest przesłanie wypełnionej deklaracji wraz z dowodem opłaty składki)

.....  
Data i podpis Kandydata:

Zgoda Ordynatora/Kierownika Oddziału/Kliniki

Poświadczam, że ..... pracuje w kierowanym przeze mnie Oddziale/Klinice ..... od roku ..... i w tym okresie przez ..... lat zajmował/a się diagnostyką i terapią chorób wątroby.

.....  
Data i podpis właściwego przełożonego

**Deklaracja Przełożonego**

Deklaruję zgodę na udzielenie urlopu szkoleniowego lub innej formy usprawiedliwionej nieobecności umożliwiającej kandydatowi ....., udział w szkoleniu, w przypadku gdy uzyska kwalifikację na stypendium pobytowe PTHepat

.....  
Data i podpis właściwego przełożonego

**Formularz należy wysłać na adres:**

skan formularza e-mailem: [zpchit@wum.edu.pl](mailto:zpchit@wum.edu.pl),

a oryginał formularza z załącznikami na adres: **prof. Piotr Małkowski**, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Transplantacyjnego WUM, 02-007 Warszawa, ul. Oczerki 6, pawilon 16

\*właściwe zakreślić