

**WNIOSEK O PRYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO  
I ZŁOŻENIA LEKARSKIEGO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO/  
/LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE**

Nr dokumentu	<b>W-1</b>
Data przyjęcia dokumentu	

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	____	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez		w dniu

Nazwisko i imiona			Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie		
Imię ojca	Imię matki		
Data urodzenia (rr-mm-dd)	____	Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: .....	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega		
Numer PESEL	____	Numer NIP	

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

**OŚWIADCZENIA**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data	____	Podpis	____
----------------	------	--------	------

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust 1 pkt 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (DzU z 2008 r. nr 136, poz. 857, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data	____	Podpis	____
----------------	------	--------	------

Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Miejsce i data	____	Podpis	____
----------------	------	--------	------

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (DzU nr 219, poz. 1708).

Miejsce i data	____	Podpis	____
----------------	------	--------	------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce i data	____	Podpis	____
----------------	------	--------	------

Władam językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty. (egzamin)

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. (dokument)

(Wypełnia lekarz cudzoziemiec)

## MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data  Podpis

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia                    |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu  | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o nadaniu NIP  | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego    |
| <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska   | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca            |

Inne .....

Uwagi:

**Oświadczam, że przyjąłem/ęłam do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej**

Data  Podpis

## POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór z numeru rejestru   
„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”  
„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry” z numerem seryjnym

Data  Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa
- Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek komisji:

Data

Podpis

### UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM\* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

Numer uchwały Rady/Prezydium\* ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego i złożeniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.

- na podst. art. 5 ust. 1, 2 i 5 w zw. z art. 6 ust. 6 i 10

ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

- na podst. art. 7 ust. 1, 2, 3 i 5 w zw. z art. 15 ust. 3e / 3 f

ważne do

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr.

wydano „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”  
z nr. seryjnym

z wpisem urzędowym

- Nie zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

### POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

- Karta stażu podyplomowego – numer

- Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data

Podpis

### ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA LEP/LDEP

Numer

Data wydania

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

### ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzeniem prezesa ORL w Warszawie

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesieniem do okręgowej izby w  pismo OIL nr  z dnia

zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa  
– wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa państwa członkowskiego UE, innego niż RP

pozbawieniem ograniczonego prawa wykonywania zawodu (podstawa)

upływem terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – ukończenie stażu i złożenie LEP/LDEP\*

wygaśnięciem terminu ograniczonego prawa wykonywania zawodu w dniu

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji

