

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PONOWNE PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, W CELU OKREŚLONYM W ART. 7 UST. 1A
USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
(DLA LEKARZA CUDZOZIEMCA)**

Nr dokumentu

W-2CData przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem cudzoziemcem LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Zamierzam wykonywać zawód wyłącznie w celu odbycia kształcenia podyplomowego odbycia studiów uczestniczenia w badaniach naukowych uczestniczenia w pracach rozwojowych i uzyskałem zgodę ministra zdrowia na odbycie/dalsze odbywanie* kształcenia/studiów*

Posiadam tytuł LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

Uzyskany w dniu na podstawie dyplomu nr

wydanego przez w dniu

Ukończyłem staż podyplomowy

Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą data

Złożyłem LEP/LDEP data

Wykonywałem zawód na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty numer prawa

Przyznanego przez OIL w w dniu

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty numer prawa

przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne na okres (data)

Nazwisko i imiona

Płeć
K M

Imię ojca

Imię matki

Nazwisko rodowe

Nazwisko poprzednie

Data urodzenia (rr-mm-dd)

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo

Numer paszportu

Numer PESEL

Numer NIP

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

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

Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.

OŚWIADCZENIA

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

Miejsce
i data

Podpis

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

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 dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 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 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

PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

- wizę z prawem wielokrotnego wjazdu zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej
 status uchodźcy zgoda na pobyt tolerowany

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [][]-[][][][]
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [][]-[][][][]
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Świadectwo złożenia LEP/LDEP | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| <input type="checkbox"/> Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia | |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego | |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

Inne dokumenty

Uwagi:

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

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | <input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty |
| <input type="checkbox"/> <u>Nie figuruje/figuruje</u> w rejestrze skazanych RP lub innego państwa | <input type="checkbox"/> Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu wyłącznie w celu odbycia szkolenia podyplomowego/studiów/uczestniczenia w pracach badawczych/uczestniczenia w pracach rozwojowych |
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | <input type="checkbox"/> Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu <u>nie zostało/zostało</u> zawieszono | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| <input type="checkbox"/> Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu | |
| <input type="checkbox"/> Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał zgodę na szkolenie podyplomowe/studia | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Panu/Pani

zostało / ponownie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

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

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

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

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem - - został/a skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesiony do okręgowej izby w pismo OIL nr z dnia

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

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu z dnia

pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)

wygaśnięcie terminu ważności prawa wykonywania zawodu w dniu

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

Data Podpis przewodniczącego komisji