

dnia

.....
imię i nazwisko

tytuł zawodowy: lekarz, lekarz dentyista

.....
adres korespondencyjny

.....
telefon kontaktowy / domowy lub komórkowy/

.....
email

nr prawa wykonywania zawodu / ograniczonego prawo wykonywania zawodu,

Wniosek o wydanie zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza /lekarza dentyista uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej

W związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia w zawodzie lekarza/lekarza dentyista w państwach członkowskich Unii Europejskiej (.....) proszę o wydanie zaświadczeń niezbędnych do uznania kwalifikacji w tychże państwach:

Lekarz

- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza.
 Zaświadczenie stwierdzające posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie:
 Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza.

Lekarz Dentysta

- Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza dentyista (przez co najmniej 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat).
 Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza dentyista.
 Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentyista.

Preferowany sposób odbioru wystawionych zaświadczeń:

- odbiór osobisty w Rejestrze Lekarzy OIL
 przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny.

.....
Podpis

OŚWIADCZENIA

Dotyczy lekarza - Zaświadczenie stwierdzające formalne kwalifikacje.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że ukończyłem/am staż podyplomowy, odbyty na podstawie art.5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50 poz. 458 i Nr 53, poz. 489, 1956 r. Nr 12, poz. 61, z 1989 r. Nr 30, poz. 158 oraz z 1993 r. Nr 17, poz. 78).

Data

Podpis

Dotyczy lekarza/lekarza dentyista - Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że wykonywałem/am zawód lekarza dentyista faktycznie i zgodnie z prawem w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej od momentu jej rejestracji OIL do chwili obecnej.

Data

Podpis

Dotyczy lekarza/lekarza dentyista stażysty - Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że nie jestem karany/a ani, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz, że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.

Data

Podpis

ZAŁĄCZNIKI

- Dokumenty potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyista w ciągu ostatnich 5lat (świadczenia pracy, zaświadczenie o zatrudnieniu)

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza i lekarza dentyista uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Jednocześnie zobowiązuje się, w przypadku rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyista na obszarze RP do siedziby OIL

Data

Podpis