

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

Miasto siedziby Izby

**Dane dotyczące
posiadanego tytułu**

Posiadam tytuł		☐ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu		na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr	
wydanego przez			

Nazwisko i imiona										Płeć K ☐ M ☐	
Nazwisko rodowe					Nazwisko poprzednie						
Imię ojca					Imię matki						
Data urodzenia (rr-mm-dd) 					Miejsce urodzenia						
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne:					Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega						
Numer PESEL 					Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument)						
					Numer paszportu						

Dane osobowe

Nazwiskiem rodzinnym jest
nazwisko zamieszczone
w akcie urodzenia

Stosunek do służby
wojskowej w przypadku
kobiet - **nie podlega**

Kategoria A - rezerwa

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

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

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 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 dentystry (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

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

Władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

- ☐ Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.
- ☐ Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
- ☐ Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Miejsce i data: Poznań, data złożenia wniosku Podpis: J. Nowak

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści swoich 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. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

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 przysyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przysyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelna Izbę Lekarską.

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

Pola obowiązkowe.
Proszę wypełnić zgodnie
ze stanem faktycznym

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA ☐ **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** ☐

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

Adres zamieszkania lub zameldowania. Adres ten **musi znajdować się na terenie Wielkopolski**

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Adres do korespondencji. Adres ten **nie musi znajdować się na terenie Wielkopolski**

Adres do korespondencji można zmieniać dowolną ilość razy

Wymagane są także pola: miejsce, data i podpis

Miejsce Data **Poznań, data wypełnienia wniosku** Podpis **J. Nowak**

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| ☐ Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentysty | ☐ Orzeczenie o stanie zdrowia |
| ☐ Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu | ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| ☐ Dokument potwierdzający zmianę nazwiska | ☐ Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| | ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |

Inne

Wykaz załączonych do wniosku dokumentów

Spis wymaganych dokumentów znajduje się na stronie:
<https://wil.org.pl/pwz-przed-stazem-podyplomowym/>

Załączyć należy jedynie wymienione w wykazie dokumenty

Szczególnie prosimy o nie załączanie kserokopii dowodu osobistego

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce Data **Poznań, data wypełnienia wniosku** Podpis **J. Nowak**

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

Miejsce Data **Poznań, data wypełnienia wniosku** Podpis **J. Nowak**

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” ☐

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” ☐

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

Potwierdzenie odbioru PWZ

Pola wypełniane w chwili odbioru dokumentu

Pozostałą część wniosku wypełnia Wielkopolska Izba Lekarska

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|--|
| ☐ Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu | Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia |
| ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty | |
| ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu) | |

Wniosek Komisji:

- | |
|--|
| ☐ Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów |
| ☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego |

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

☐ przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.

☐ na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10

☐ na podst. art. 7 ust. 2 w zw. z art. 15 ust. 3e / 3f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza/ lekarza dentystę na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” oznaczony nr seryjnym

z wpisem urzędowym

☐ Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

Pozostałą część wniosku wypełnia Wielkopolska Izba Lekarska

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

☐ Karta stażu podyplomowego numer z dnia

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

Data

Podpis

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy
dentystów w związku z:

☐ zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnacją z członkostwa
– oświadczenie zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty z dnia

☐ ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

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

☐ utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

☐ pozbawieniem
prawa wykonywania zawodu
w celu odbycia stażu
podyplomowego

☐ upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego – ukończenie stażu

☐ wygaśnięciem terminu prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego

w dniu

☐ śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji