

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA
DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO ,
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW**

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W **Poznaniu**

Miasto siedziby Izby.

Prosimy uzupełnić
TYLKO:
- wydane przez=
pełna nazwa
uczelnia
- wydane w
dniu= data
ostatniego
egzaminu

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	_____	na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr _____
wydanego przez	_____	w dniu _____
<input type="checkbox"/> Uzyskałem decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą za zgodny ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (dokument w załączniku).		
<input type="checkbox"/> Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument).		

<input type="checkbox"/> 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 dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.	
<input type="checkbox"/> Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.	
<input type="checkbox"/> Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).	
<input type="checkbox"/> Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).	
Miejsce i data	Podpis

Nazwisko i imiona	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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

Dane osobowe.

Nazwiskiem rodzimym jest nazwisko zamieszczone w akcie urodzenia.

Stosunek do służby wojskowej w przypadku kobiet- nie podlega.

Dokument tożsamości – dowód osobisty	
Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty	Numer dowodu osobistego _____
Nazwisko	Imiona
Data urodzenia _____ Płeć	Termin ważności dowodu osobistego _____
Nazwisko rodowe	Imiona rodziców
Numer PESEL _____	Data wydania dowodu osobistego _____
Organ wydający dowód osobisty	Podpis:

Dokument tożsamości – paszport			
Nazwa państwa / Country	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No _____
Nazwisko / Surname	Imiona / Given names		
Obywatelstwo / Nationality	Data urodzenia / Date of birth _____		
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth	Numer identyfikacyjny / Identification No	
Organ wydający / Authority	Data wydania / Date of issue _____		
Data ważności / Date of expiry _____	Podpis / Holders signature		

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 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 2019 r. poz. 514, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry 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. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do Wniosku

Miejsce i data: Podpis:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w określonym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystrów 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:

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA MIEJSCE ZAMIESZKANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Miejsce i data: Podpis:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentystry
 - Dyplom / kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy wraz z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej
 - Dokument lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy
 - Dyplom lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy oraz świadectwo złożenia LEW/LDEW
 - Dokument potwierdzający formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentystry spełniające formalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE
 - Dokument określony w art. 6 ust. 2 ustawy w przypadku lekarza UE
 - Dokument potwierdzający status lekarza określony w art. 3 ust. 3 ustawy
 - Orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 5 ustawy
 - Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
 - Suplement dyplomu jeśli został wydany
 - Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
 - Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego
- Inne:

Oświadczam, że przyjmuję/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów 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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce i data: Podpis:

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

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.

Wykaz załączonych do wniosku dokumentów.

Spis wymaganych dokumentów znajduje się na stronie: <https://wil.org.pl/pwz-před-stazem-podyplomowym/> **Załączyć należy jedynie wymienione w wykazie dokumenty.**

Szczególnie prosimy o nie załączanie kserokopii dowodu osobistego.

Pozostałą część wniosku wypełnia Wielkopolska Izba Lekarska

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej	
Miejsce Data	Podpis
POTWIERDZENIE Potwierdzam odbiór dokumentu	
„Prawo wykonywania zawodu lekarza” <input type="checkbox"/>	z numerem rejestru
„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” <input type="checkbox"/>	oznaczonego numerem seryjnym
Data	Podpis

Potwierdzenie odbioru PWZ. Pola wypełniane w chwili odbioru dokumentu.

WYPELNIĄ OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:	
<input type="checkbox"/> Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu	Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia
<input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty	
<input type="checkbox"/> Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu	
<input type="checkbox"/> Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)	
Wniosek Komisji:	
<input type="checkbox"/> Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego / części stażu podyplomowego*, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.	
<input type="checkbox"/> na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10	
<input type="checkbox"/> na podst. art. 7 ust. 2* w zw. z art. 15j ust. 18 i 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty	
ważne do	
prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty oznaczono numerem	
wpisano ww. lekarza/ lekarza dentyistę na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów pod numerem	
wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” oznaczony nr seryjnym	
z wpisem urzędowym	
<input type="checkbox"/> Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).	
Data	Podpis

WYPELNIĄ OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr z dnia

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

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer z dnia

Zawiadomienie o odbyciu i zakończeniu stażu podyplomowego określone w art. 15f ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza / lekarza dentyisty

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu części 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/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentyistów w związku z:

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

ubewłasnowolnieniem 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