

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA  
DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO ,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....**

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	<input type="text"/>	na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr
wydanego przez		w dniu
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)	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument) Numer paszportu .....

**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 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 dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r., poz. 125, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data  Podpis

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.

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  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.).

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

**MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA**  **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** 

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

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

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

Miejsce   
Data Podpis **ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego*<br>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"/> Dokument potwierdzający zmianę nazwiska   | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
|  | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca                |

Inne .....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce   
Data Podpis **Oświadczam, że przyjąłem/ą do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej**Miejsce   
Data Podpis **POTWIERDZENIE**

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” 

z numerem rejestru

oznaczonego 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 prawa

Nie spełnia warunków przyznania prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

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 nr

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

Uchwałą ORL

przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów z dniem

## 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