

**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 - zamierzam wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP wyłącznie w celu

- odbycia kształcenia podyplomowego odbycia studiów uczestniczenia w badaniach naukowych
 uczestniczenia w pracach rozwojowych - **uzyskałem zgodę ministra zdrowia na odbycie/dalsze odbywanie* kształcenia/studiów***

Posiadam tytuł

 LEKARZA LEKARZA DENTYSTYUzyskany 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 LEK/LDEK data

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego numer prawa Przyznanego przez OIL w w dniu

- Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) numer prawa 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

wydany przez

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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 857, z późn. zm.) 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

- 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.
 Przedkładałem 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

PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		<input type="checkbox"/> pobyt rezydenta długoterminowego UE
<input type="checkbox"/> wizę z prawem wielokrotnego wjazdu	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt czasowy	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt stały
<input type="checkbox"/> status uchodźcy	<input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany	<input type="checkbox"/> decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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"/> 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"/> Świadczenie złożenia LEK/LDEK* | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego | |
| <input type="checkbox"/> Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia | |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

Inne dokumenty

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

Miejsce Data Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszona
- Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu
- Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat
- Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP

- Uzyskał zgodę na szkolenie podyplomowe/studia
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- *Przyznać / *ponownie przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia szkolenia podyplomowego / uczestniczenia w pracach badawczych/pracach rozwojowych wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów na czas określony
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

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

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

- bez ograniczeń

- z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty ponownie oznaczono numerem

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

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty”

z nr. seryjnym

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

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

- Uchwałą ORL przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów z dniem
- Uchwałą ORL przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów z dniem
- Uchwałą ORL przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów z dniem

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU

Zarządzenie Prezesa ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/a skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

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