

WNIOSEK
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM
(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu	W-4A
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem			☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ
Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej				
Numerem prawa wykonywania zawodu			Numerem rejestru - -	
Uzyskałem nadanie obywatelstwa polskiego				
Nazwisko i imiona				
Dotychczasowe obywatelstwo		zachowuje drugie	jeśli tak, to jakie	
		☐ TAK		
		☐ NIE		
Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)				
Numerem ewidencyjny PESEL				

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

Uwagi:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ Kserokopia postanowienia Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego / decyzji właściwego wojewody
- ☐ Kserokopia dowodu osobistego
- ☐ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty”

Inne dokumenty

.....

.....

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

Podpis

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

Miejsce
Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” ☐

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” ☐

z numerem rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oznaczonego numerem seryjnym

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza, że:

- ☐ Spełnia warunki przyznania
prawa wykonywania zawodu
w celu odbycia stażu podyplomowego
zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim
- ☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającemu/cej prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanemu/nej w rejestrze OIL pod numerem

**przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego
na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej
na podstawie art. 5 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, tj.)**

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z wpisem dotyczącym uchwały okręgowej rady lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego, zgodnie z posiadanym obywatelstwem obejmującym nazwę i siedzibę okręgowej rady lekarskiej imię i nazwisko lekarza podstawę prawną prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwały okręgowej rady, podpis sekretarza i prezesa.

oznaczony numerem seryjnym

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

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