

WNIOSEK
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM

(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu

W-4Data przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem

☐ LEKARZEM☐ LEKARZEM DENTYSTĄ

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) 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 zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

Uwagi:

☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

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/cej w rejestrze OIL

pod numerem

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1-5 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, zgodnie z posiadanym obywatelstwem obejmującym nazwę i siedzibę okręgowej rady lekarskiej imię i nazwisko lekarza podstawę prawną prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwałę okręgowej rady, podpis sekretarza i prezesa.

z 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

☐ 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

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem
dentystów w związku z:

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

☐ zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego 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 (podstawa)

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

Data

Podpis przewodniczącego komisji