



**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
(DLA LEKARZA-OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)**

Nr dokumentu	W-2D
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	☐ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu		na podstawie dyplomu nr
wydanego przez	w	w dniu

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności

numer prawa

Przyznanego przez OIL w w dniu

☐ Ukończyłem staż adaptacyjny

☐ Złożyłem test umiejętności

data

☐ Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w dniu

Nazwisko i imiona		Płeć K ☐ M ☐
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo państwa UE	Numer paszportu 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 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.
- ☐ 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

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo		Jednostka administracyjna państwa	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo		Kraj	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|---|
| ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty | ☐ Kserokopia paszportu |
| ☐ Kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w państwie członkowskim UE | ☐ Świadectwo zdrowia |
| ☐ Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu 3/5 lat | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | ☐ Inne, dotyczące lekarza z UE |
| ☐ „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty” | |
| ☐ Decyzja Ministra Zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności* | |
| ☐ Decyzja Ministra Zdrowia potwierdzająca uznanie kwalifikacji do 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:

- ☐ Poświadczają uznanie kwalifikacji lekarza/lekarza dentysty przez Ministra Zdrowia
- ☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE
- ☐ Przeciwnie wnioskodawcy nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- ☐ Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- ☐ Przyznać prawo wykonywania zawodu wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- ☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- ☐ zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5c ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 1 i 3-5, ust. 2 oraz art 6 ust. 1, 5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty ponownie oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

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

oznaczony numerem seryjnym

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

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