

**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 DENTYSTY**Uzyskany 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 2017 r. poz. 125 jt.) 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 Podpis
i data

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 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 Podpis
i data

- ☐ 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.
☐ Przedkładał dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Miejsce Podpis
i data

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 Podpis
i data

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 Podpis
i data

PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

☐ wizę z prawem wielokrotnego wjazdu

☐ zezwolenie na pobyt czasowy

☐ status uchodźcy

☐ zgoda na pobyt tolerowany

☐ pobyt rezydenta długoterminowego UE

☐ zezwolenie na pobyt stały

☐ 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

☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe*

☐ Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu

☐ Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry*

☐ Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu

☐ Świadectwo złożenia LEK/LDEK*

☐ Zaświadczenie o znajomości języka polskiego

☐ Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia

☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej

☐ Kserokopia paszportu

☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP

☐ Orzeczenie o stanie zdrowia

☐ Dowód zmiany nazwiska

☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

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 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 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] zawieszone
- ☐ 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 dentystów 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 dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

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

- ☐ bez ograniczeń

- ☐ z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty ponownie oznaczono numerem

wpisano / ponownie 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

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzenie 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

☐ pozbawieniem prawa
wykonywania zawodu (podstawa)

☐ wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

☐ śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, akt zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji