

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
W CELU ODBYCIA STAŻU ADAPTACYJNEGO/ PRZYSTĄPIENIA DO TESTU UMIEJĘTNOŚCI,
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-1A

Data przyjęcia dokumentu

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł

☐ LEKARZA☐ LEKARZA DENTYSTYUzyskany w dniu na podstawie dyplomu nr

wydanego przez

w

w dniu Wykonuję zawód w
nazwa państwaod dnia

uzyskałem prawo wykonywania zawodu

w ww. państwie na podstawie

nazwa dokumentu

nr/nr rejestru

wydanym przez

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

☐ Inne☐ Uzyskałem decyzję ministra zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności. (dokument)**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. 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.☐ Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystyMiejsce
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. Nr 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

MIJESCE 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

ZALĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ Kopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty
- ☐ Kserokopia paszportu/dokumentu tożsamości
- ☐ Kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w państwie członkowskim UE
- ☐ Dokument potwierdzający stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty*
- ☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej
- ☐ Decyzja Ministra Zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności*
- ☐ Inne, dotyczące lekarza UE

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:

- | | |
|--|---|
| ☐ Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| ☐ 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 zawieszone | |
| ☐ Uzyskał zgodę Ministra Zdrowia – staż adaptacyjny/test umiejętności | |
| ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty | |

Wniosek Komisji:

- ☐ Przyznać prawo wykonywania zawodu celu odbycia stażu adaptacyjnego / przystąpienia do testu umiejętności, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- ☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu adaptacyjnego / przystąpienia do testu umiejętności

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 RP w celu odbycia stażu adaptacyjnego/złożenia testu umiejętności.

☐ na podst. art. 5c ust. 1 pkt 1/2* w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. c* w zw. z art 5 ust. 1 pkt 1, 3-5 i ust. 2 i art. 6 ust. 7 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

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 nr. seryjnym

z wpisem urzędowym

☐ Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU ADAPTACYJNEGO

☐ Dokument potwierdzający odbycie stażu adaptacyjnego numer z dnia

Data Podpis

ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA TESTU UMIEJĘTNOŚCI

☐ Dokument potwierdzający złożenie testu umiejętności numer z dnia

Data Podpis

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 przyznanego w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

☐ ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

☐ utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE z dniem

☐ pozbawieniem prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności (podstawa)

☐ upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności – ukończenie stażu adaptacyjnego/złożenie testu umiejętności w dniu

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

Data Podpis przewodniczącego komisji