

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA
DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODDYPLOMOWEGO ,
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W**

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	☐ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY	
Uzyskany w dniu		na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr	
wydanego przez		w dniu	
☐ Uzyskałem decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu poddypłomowego odbytego za granicą za zgodny ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (dokument w załączniku).			
☐ Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument).			

☐ 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 (dokument w załączniku).			
☐ Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).			
Miejsce i data		Podpis	

Nazwisko i imiona	Płeć K ☐ M ☐
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Imię ojca	Imię matki
Data urodzenia (rr-mm-dd)	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne:	Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega

Dokument tożsamości – dowód osobisty

Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty	Numer dowodu osobistego	
Nazwisko	Imiona	
Data urodzenia	Płeć	Termin ważności dowodu osobistego
Nazwisko rodowe	Imiona rodziców	
Numer PESEL	Data wydania dowodu osobistego	
Organ wydający dowód osobisty	Podpis	

Dokument tożsamości – paszport

Nazwa państwa / Country	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No
Nazwisko / Surname	Imiona / Given names		
Obywatelstwo / Nationality	Data urodzenia / Date of birth		
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth	Numer identyfikacyjny / Identification No	
Organ wydający / Authority	Data wydania / Date of issue		
Data ważności / Date of expiry	Podpis / Holders signature		

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 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 2019 r. poz. 514, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do Wniosku

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 ZAMELDOWANIA ☐ MIEJSCE ZAMIESZKANIA ☐

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy -
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy -
Miejscowość	Telefon	E-mail

Miejsce Data	Podpis
-----------------	--------

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentysty
- ☐ Dyplom / kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy wraz z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej
- ☐ Dokument lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy
- ☐ Dyplom lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy oraz świadectwo złożenia LEW/LDEW
- ☐ Dokument potwierdzający formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentysty spełniające formalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE
- ☐ Dokument określony w art. 6 ust. ? ustawy w przypadku lekarza UE
- ☐ Dokument potwierdzający status lekarza określony w art. 3 ust. 3 ustawy
- ☐ Orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 5 ustawy
- ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
- ☐ Suplement dyplomu jeśli został wydany
- ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
- ☐ Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego

Inne

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 2019 r. poz. 965 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:

- ☐ Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu
- ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

- ☐ Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego / części stażu podyplomowego*, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- ☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

☐ przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.

☐ na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10

☐ na podst. art. 7 ust. 2* w zw. z art. 15j ust. 18 i 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza/ lekarza dentystę 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 na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKREGOWA IZBA LEKARSKA

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 _____

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

☐	Karta stażu podyplomowego numer		z dnia	
☐	Zawiadomienie o odbyciu i zakończeniu stażu podyplomowego określone w art. 15f ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza / lekarza dentysty			
☐	Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu części 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 rezygnację 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 _____