



**WNIOSEK O UZNANIE KWALIFIKACJI FORMALNYCH,
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-2AData przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł		☐ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu			na podstawie dyplomu nr
wydanego przez		w	w dniu
☐ wykonuję zawód w		od dnia	
		nazwa państwa	
☐ uzyskałem prawo wykonywania zawodu			
ww. państwie na podstawie		nr/nr rejestru	
wydanym przez		w dniu	
		nazwa dokumentu	
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	
Informacje uzupełniające		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 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 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 dyplomu lekarza/lekarza dentysty / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne | ☐ Kserokopia dwóch stron paszportu |
| ☐ Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych | ☐ Świadectwo zdrowia |
| ☐ Świadectwo, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | ☐ Inne, dotyczące lekarza z UE |
| ☐ Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | ☐ Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| ☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

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 formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty
☐ [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:

- ☐ Uznać kwalifikacje formalne, przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
☐ Odmówić uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- ☐ zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty*, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, pkt 3-5, ust. 2/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5a/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5b/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2* oraz art. 6 ust. 1-5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

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 numerem seryjnym

- ☐ Odmówiono uznania kwalifikacji formalnych i 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