

**WNIOSEK O PRYZNANIE PONOWNE PRYZNANIE 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 CUDZOZIEMCA)

Nr dokumentu

W-2BData przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**
Jestem cudzoziemcem LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Zamierzam wykonywać zawód na obszarze RP w celach zarobkowych uzyskałem zezwolenie na zatrudnienie
 w formie wykonywania praktyki lekarskiej

Posiadam tytuł LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

 Uzyskany w dniu na podstawie dyplomu nr

 wydany przez w dniu
 Ukończyłem staż podyplomowy
 Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą data
 Złożyłem LEP/LDEP data

 Wykonywałem zawód na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu
 lekarza/lekarza dentysty numer prawa

 Przyznanego przez OIL w w dniu
 Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty przyznane na podstawie art. 7 ust. 1, 3 i 5
 przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5 numer prawa
 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) 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 Numer NIP
 Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

 Władam językiem polskim w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty. (egzamin)
 Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.
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 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.), 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. Nr 219, poz. 1708).

 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

PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

 wizę z prawem wielokrotnego wjazdu zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony status uchodźcy zgoda na pobyt tolerowany pobyt rezydenta długoterminowego UE zezwolenie na osiedlenie się decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

 Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe* Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu Świadczenie złożenia LEP/LDEP* Zezwolenie (przrzeczenia) wojewody na zatrudnienie Zaświadczenie o znajomości języka polskiego 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

Uwagi:Oświadczam, że przyjąłem/ą do wiadomości obowiązek **regularnego opłacania składki członkowskiej**

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | <input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa | <input type="checkbox"/> Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu w celu pracy zarobkowej |
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | <input type="checkbox"/> Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu <input type="checkbox"/> nie zostało/zostało zawieszono | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| <input type="checkbox"/> Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu | |
| <input type="checkbox"/> Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał zgodę na zatrudnienie | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/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. 1, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

bez ograniczeń

z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano / ponownie wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z nr. seryjnym

Nie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem -- zastał/a skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesiony do okręgowej izby w pismo OIL nr z dnia

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu z dnia

pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)

wygaśnięcie terminu ważności prawa wykonywania zawodu w dniu

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, akt zgonu) w dniu

Data Podpis przewodniczącego komisji