WNIOSEK
O PRZYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM

(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu	**W-4A**
Data przyjęcia dokumentu	

Jestem ☐ **LEKARZEM** ☐ **LEKARZEM DENTYSTĄ**

Numerem prawa wykonywania zawodu ☐☐☐☐☐☐☐

Numerem rejestru ☐☐–☐☐–☐☐☐☐☐☐☐

Nazwisko i imiona

Dotychczasowe obywatelstwo	zachowuje drugie ☐ **TAK** ☐ **NIE**	jeśli tak, to jakie

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Numerem ewidencyjny PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Data

Podpis

Uwagi:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ Kserokopia decyzji Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego

☐ Kserokopia dowodu osobistego

☐ Kserokopia „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty"

Inne dokumenty . . . . . .

. . . . . .

Oświadczam, że przyjęłam/ąłem do wiadomości obowiązek **regularnego oplacania składki członkowskiej**

Data _____ Podpis _____

POTWIERDZENIE

Potwierzdzam odbiór
„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza"
„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty"

z numeru rejestru ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

z numerem seryjnym ☐☐ ☐☐☐☐☐

Data _____ Podpis _____

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

☐ Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim ☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)	Uwagi:

Data ..... Podpis .....

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

Numer Uchwały **Rady/Prezydium* ORL** ..... z dnia .....

Pana/Pani .....

KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającemu/cej prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty numer .....

zarejestrowanemu/nej w rejestrze OIL pod numerem .....

przyznano ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1, 2 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty"

wydano nowy dokument „**Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza"/„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty"**

z numerem seryjnym .....

Data ..... Podpis .....

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

☐ **Karta stażu podyplomowego numer** ..... z dnia .....

☐ **Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą** z dnia .....

Data ..... Podpis .....

ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA LEP/LDEP

Numer ..... Data wydania .....

Data ..... Podpis .....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzeniem Przewodniczącego ORL w **nr** **z dnia**

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem __ – __ – _____ **zastał/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:**

☐ **przeniesieny do okręgowej izby w** **pismo OIL nr** **z dnia**

☐ **zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnację z członkowstwa – wniosek zainteresowanego z dnia**

☐ **ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu** **z dnia**

☐ **decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)**

☐ **utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE**

☐ **pozbawienia ograniczonego prawa wykonywania zawodu (podstawa)**

☐ **upływu terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – ukończenie stażu i złożenie LEP/LDEP**

☐ **wygaśnięciem terminu ograniczonego prawa wykonywania zawodu** **w dniu**

☐ **śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu)** **w dniu**

Data **Podpis przewodniczącego komisji**