



**WNIOSEK O PRZYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA
WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY,
W CELU ODBYCIA STAŻU ADAPTACYJNEGO/ ZŁOŻENIA TESTU UMIEJĘTNOŚCI
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS
DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

Nr dokumentu	W-1A
Data przyjęcia dokumentu	

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
(DLA LEKARZA-OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez	w	w dniu
Wykonuję zawód w <small>nazwa państwa</small>	od dnia
uzyskałem prawo wykonywania zawodu ww. państwie na podstawie <small>nazwa dokumentu</small>	nr/nr rejestru
wydanym przez	w dniu
Nazwisko i imiona	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo państwa UE	Numer paszportu	

Uzyskałem decyzję ministra zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności. (dokument)

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (zaświadczenie)

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 innymi 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, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że 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.

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 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

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- Uzyskał zgodę Ministra Zdrowia – staż adaptacyjny/test umiejętności
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP w celu odbycia stażu adaptacyjnego/złożeniu testu umiejętności.

- na podst. art. 5c ust. 1 pkt 1/2* 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 dentystry

ważne do

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oznaczono numerem

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

wydano „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” z nr. seryjnym

z wpisem urzędowym

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

Data

Podpis

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

