załącznik nr 8 do regulaminu
(pomarańczowy – PANTONE 1495 U)

WNIOSEK O PRZYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO I ZŁOŻENIA LEKARSKIEGO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO/ /LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Nr dokumentu	**W-1**
Data przyjęcia dokumentu	

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W . . . . . .

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł ☐ **LEKARZA** ☐ **LEKARZA DENTYSTY**

Uzyskany w dniu |_|_| |_|_| |_|_|_|_| na podstawie dyplomu nr |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wydanego przez w dniu |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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
Numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Numer NIP |_|_|_| |_|_|_| |_|_| |_|_|

☐ **Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty.** (orzeczenie)

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 Rzeczpospolitej Polskiej.

Miejsce i data ..... Podpis .....

☐ **Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.**

☐ **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 .....

☐ **Władam językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty.** (egzamin)

☐ **Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.** (dokument)

(*Wypełnia lekarz cudzoziemiec*)

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Data _____ Podpis _____

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentysty
- ☐ Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu
- ☐ Kserokopia decyzji o nadaniu NIP
- ☐ Dowód zmiany nazwiska
- ☐ Orzeczenie o stanie zdrowia
- ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
- ☐ Zaświadczenie o znajomości języka polskiego
- ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

Inne . . . . . .

. . . . . .

Uwagi:

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

Data _____ Podpis _____

POTWIERDZENIE

Potwierdzam 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:

☐ Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty ☐ Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa ☐ Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa (uzasadnienie w załączeniu)	**Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia**

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 dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego i złożeniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.**

☐ **na podst. art. 5 ust. 1, 2 i 5 w zw. z art. 6 ust. 6 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty**

☐ **na podst. art. 7 ust. 1, 2, 3 i 5 w zw. z art. 15 ust. 3e / 3f** **ważne do** .....

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty 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 dentysty**” z nr. seryjnym .....

z wpisem urzędowym .....

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

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 Prezesa 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** ____