

**WNIOSEK O  PRZYZNANIE  PONOWNE PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA  
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, W CELU OKREŚLONYM W ART. 7 UST. 1A  
USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I 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-2C**Data przyjęcia  
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem cudzoziemcem

 LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Zamierzam wykonywać zawód wyłącznie w celu  odbycia kształcenia podyplomowego  odbycia studiów  uczestniczenia w badaniach naukowych  uczestniczenia w pracach rozwojowych  i uzyskałem zgodę ministra zdrowia na odbycie/dalsze odbywanie\* kształcenia/studiów\*

Posiadam tytuł

 LEKARZA LEKARZA DENTYSTYUzyskany w dniu  na podstawie dyplomu nr wydanego 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. 1a-1b, 3 i 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.) numer prawa  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       decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej  
 status uchodźcy       zgoda na pobyt tolerowany

## 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe      | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu                           |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu   | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry                                  | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia                    |
| <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu                           | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska                          |
| <input type="checkbox"/> Świadectwo złożenia LEP/LDEP  | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca            |
| <input type="checkbox"/> Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego   |   |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej |   |

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 <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | <input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty  |
| <input type="checkbox"/> <u>Nie figuruje/figuruje</u> w rejestrze skazanych RP lub innego państwa   | <input type="checkbox"/> Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu wyłącznie w celu odbycia szkolenia podyplomowego/studiów/uczestniczenia w pracach badawczych/uczestniczenia w pracach rozwojowych |
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu                          | <input type="checkbox"/> Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu  |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu <u>nie zostało/zostało</u> zawieszono   | <b>Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)</b>   |
| <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 szkolenie podyplomowe/studia  |  |
| <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. 1a-1b, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

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  -  -  został/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