é é é é é é é é é é é é é
(imiń i nazwisko)
é é é é é é é é é é é é é é é é
(nr prawa wykonywania zawodu)
é .
(adres korespondencyjny
é .
(telefon kontaktowy (domowy lub kom.) oraz adres e-mail)

Wniosek o wydanie zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej

W związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia w zawodzie lekarza/lekarza dentysty w państwach członkowskich Unii Europejskiej (.....) proszę o wydanie zaświadczeń*
niezbędnych do uznania kwalifikacji w tychże państwach:

Lekarz

- ☐ Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza.
- ☐ Zaświadczenie stwierdzające posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie:

  é é é é é é é é é é é é é é é é ..... .
- ☐ Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza.
- ☐ Inne:

  é é é é é é é é é é é é é é é é ..... .

Lekarz Dentysta

- ☐ Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza dentysty (przez co najmniej 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat).
- ☐ Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza dentysty.
- ☐ Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty.
- ☐ Inne:

  é é é é é é é é é é é é é é é é ..... .

é é é é é é é , dnia é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
(podpis i pieczęć lekarza)

Powyższe dokumenty:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę przesłać pocztą na wskazany wyżej adres korespondencyjny

ZAŁĄCZNIKI:

- dokumenty potwierdzające pracę w zawodzie lekarza/lekarza dentysty w okresie ostatnich 5 lat

OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że w przypadku podjęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczypospolita Polska, zobowiązuję się do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu * lekarza/ lekarza dentysty na obszarze RP do siedziby WIL w Warszawie.

é é é é é é é , dnia é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
(podpis lekarza)

Dotyczy lekarza - **Zaświadczenie stwierdzające formalne kwalifikacje.**
Uprzedzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że ukończyłem/am staż podyplomowy, odbyty na podstawie art.5 ust. 1 pkt 1ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50 poz. 458 i Nr 53, poz. 489, 1956 r. Nr 12, poz. 61, z 1989 r. Nr 30, poz. 158 oraz z 1993 r. Nr 17, poz. 78)

é é é é é é é , dnia é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
(podpis lekarza)

Dotyczy lekarza/lekarza dentysty - **Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu.**
Uprzedzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że wykonywałem/am zawód lekarza/lekarza dentysty faktycznie i zgodnie z prawem w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej od momentu jej rejestracji WIL w Warszawie do chwili obecnej.

é é é é é é é , dnia é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
(podpis lekarza)

Dotyczy lekarza/lekarza dentysty - **Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej.**
Uprzedzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że nie jestem karany/a ani, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz, że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.

é é é é é é é , dnia é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
(podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć