



**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 REJESTRU
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

Nr dokumentu	W-1A
Data przyjęcia dokumentu	

W
(DLA LEKARZA-OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	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)	Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo państwa UE	Numer paszportu	
<input type="checkbox"/> Uzyskałem decyzję ministra zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności. (dokument)		
<input type="checkbox"/> 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 umyślne 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:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i w zakresie określonych w nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy oraz w celu otrzymywania insertów reklamowych, przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Miejsce i data: Podpis:

Oświadczam, że zostałem poinformowany o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz o obowiązku podania danych osobowych zgodnie z art. 4 ust. 1 w zw. ust. 2 pkt 1, art. 25 pkt 1a i art. 35 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.).

Miejsce i data: Podpis:

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Państwo		Jednostka administracyjna państwa	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo		Kraj	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry

Kserokopia paszportu/dokumentu tożsamości

Kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w państwie członkowskim UE

Dokument potwierdzający stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry*

Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej

Decyzja Ministra Zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności*

Inne, dotyczące lekarza UE

.....

Uwagi:

Oświadczam, że przyjąłem/ą do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Ograniczonego 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:

- 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

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

został/a skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesiony do okręgowej izby w

pismo OIL nr

z dnia

zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu

z dnia

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

z dniem

pozbawienia ograniczonego prawa wykonywania zawodu (podstawa)

upływu terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – ukończenie stażu adaptacyjnego/złożenie testu umiejętności

w dniu

śmiercią lekarza (wg aktu zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji