

**WNIOSEK O PRYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPŁOMOWEGO
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		<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	_____	na podstawie dyplomu nr	_____
wydanego 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 <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> 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 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 _____

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 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 _____

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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

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

Inne

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 dentysty”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPELNIĄ 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 - - zastal/la 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

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

WYPELNIĄ 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