

**WNIOSEK O ☐ PRZYZNANIE ☐ PONOWNE PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/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-2BData przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**☐ Jestem cudzoziemcem - zamierzam podjąć wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP

Posiadam tytuł zawodowy

☐ 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 granicądata ☐ Złożyłem LEK/LDEKdata Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu
podyplomowegonumer prawa Przyznanego przez OIL w w dniu ☐ Posiadam prawo wykonywania
zawodu lekarza/lekarza dentysty☐ przyznane na podstawie art. 7 ust. 1, 3 i 5☐ 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 2017 r. poz. 125, jt.)

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

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 2017 r. poz. 125 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce
i data

Podpis

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

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.

☐ Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.☐ Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.☐ Przedkładałem dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystyMiejsce
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. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

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 pobyt czasowy

☐ status uchodźcy

☐ zgoda na pobyt tolerowany

☐ pobyt rezydenta długoterminowego UE

☐ zezwolenie na pobyt stały

☐ decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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 lekarza/lekarza dentysty/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe*

☐ Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu

☐ Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty*

☐ Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu

☐ Świadczenie złożenia LEK/LDEK*

☐ Zaświadczenie o znajomości języka polskiego

☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej

☐ Kserokopia paszportu

☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP

☐ Orzeczenie o stanie zdrowia

☐ Dowód zmiany nazwiska

☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

Inne dokumenty

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data

Podpis

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

Miejsce
Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” ☐

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” ☐

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- ☐ Przeciwnie wnioskodawcy ☐nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- ☐ ☐Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa
- ☐ Przeciwnie wnioskodawcy ☐nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- ☐ Prawo wykonywania zawodu ☐nie zostało/zostało zawieszone
- ☐ Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu
- ☐ Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat
- ☐ Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP
- ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- ☐ *Przyznać / *ponownie przyznać prawo wykonywania zawodu wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów * na czas określony / *czas nieokreślony
- ☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

☐ zostało / ponownie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

na podstawie art. 7 ust. 1, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty

☐ bez ograniczeń

☐ z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty ponownie oznaczono numerem

wpisano / ponownie wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty”

oznaczony numerem seryjnym

☐ Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentyista został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów pod numerem

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LECARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem
dentystów w związku z:

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

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

z dnia

☐ ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu

z dnia

☐ pozbawieniem prawa
wykonywania zawodu (podstawa)

☐ wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

☐ śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, akt zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji