

WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO , WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ŁÓDZI

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

Uzyskany w dniu |2|5||0|6||2|0|2|3| na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr |n|u|m|e|r|z|a|ś|w|í|a|d|c|z|ę|ñ|í|a| |
wydanego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w dniu |0|3||0|7||2|0|2|3|

Uzyskałem decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą za zgodny ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (dokument w załączniku).

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument).

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 (dokument w załączniku).

Przedkładałem dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).

Miejsce i data |ŁÓDŹ, 10.07.2023 R. | Podpis |KOWALSKA JANINA|

Nazwisko i imiona	KOWALSKA JANINA	Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	NOWAK	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	KRZYSZTOF	Imię matki	KRYSTYNA
Data urodzenia (rr-mm-dd)	1 9 9 6 0 6 2 6	Miejsce urodzenia	ŁÓDŹ
Obywatelstwo	<input checked="" type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:	Stosunek do służby wojskowej	<input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input checked="" type="checkbox"/> nie podlega

Dokument tożsamości – dowód osobisty

Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty	Numer dowodu osobistego	D B L 0 0 0 0 0 0	
Nazwisko	KOWALSKA	Imiona	JANINA
Data urodzenia	1 9 9 6 0 6 2 6	Płeć	KOBIETA
Nazwisko rodowe	NOWAK	Termin ważności dowodu osobistego	2 0 3 0 0 3 3 1
Numer PESEL	9 6 0 6 2 6 0 0 0 0 6	Data wydania dowodu osobistego	2 0 2 0 0 3 3 1
Organ wydający dowód osobisty	PREZYDENT MIASTA ŁÓDZI	Podpis	KOWALSKA

Dokument tożsamości – paszport

Nazwa państwa / Country	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No	
Nazwisko / Surname	Imiona / Given names			
Obywatelstwo / Nationality	Data urodzenia / Date of birth			
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth	Numer identyfikacyjny / Identification No		
Organ wydający / Authority	Data wydania / Date of issue			
Data ważności / Date of expiry		Podpis / Holders signature		

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

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. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

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.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do Wniosku

Miejsce i data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentyistów 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 ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Województwo ŁÓDZKIE	Powiat ŁÓDŹ	Gmina/Dzielnica RETKINIA
Ulica i nr domu/nr lokalu NARCIARSKA 33/3		Kod pocztowy 9 4 - 0 3 3
Miejscowość ŁÓDŹ	Telefon 696060606	E-mail JANINA.KOWALSKA@GMAIL.COM

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo ŁÓDZKIE	Powiat ŁÓDŹ	Gmina/Dzielnica RETKINIA
Ulica i nr domu/nr lokalu NARCIARSKA 33/3		Kod pocztowy 9 4 - 0 3 3
Miejscowość ŁÓDŹ	Telefon 696060606	E-mail JANINA.KOWALSKA@GMAIL.COM

Miejsce i data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentystry
- Dyplom / kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy wraz z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej
- Dokument lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy
- Dyplom lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy oraz świadectwo złożenia LEW/LDEW
- Dokument potwierdzający formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentystry spełniające formalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE
- Dokument określony w art. 6 ust. ? ustawy w przypadku lekarza UE
- Dokument potwierdzający status lekarza określony w art. 3 ust. 3 ustawy
- Orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 5 ustawy
- Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
- Suplement dyplomu jeśli został wydany
- Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
- Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego

Inne ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU STUDIÓW, ZAŚWIADCZENIE O ZAMELDOWANIU

ZGODA NA PUBLIKACJĘ ZDJĘĆ, KOPIA DOWODU OSOBISTEGO, 2 X ZDJĘCIA BIOMETRYCZNE

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce i data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis

KOWALSKA

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

Miejsce
Data ŁÓDŹ, 10.07.2023 R.

Podpis KOWALSKA

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:

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego / części stażu podyplomowego*, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.
- na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10
- na podst. art. 7 ust. 2* w zw. z art. 15j ust. 18 i 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza/ lekarza dentystę na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” oznaczony nr seryjnym

z wpisem urzędowym

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

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

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

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer

z dnia

Zawiadomienie o odbyciu i zakończeniu stażu podyplomowego określone w art. 15f ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza / lekarza dentysty

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data

Podpis

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnacją z członkostwa – oświadczenie zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty

z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu

z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego – ukończenie stażu

wygaśnięciem terminu prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego

w dniu

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

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji