

**WNIOSEK O  PRZYZNANIE  PONOWNE PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA  
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, W CELU OKREŚLONYM W ART. 7 UST. 1A  
USTAWY O ZAWODACH LEKARZA I 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-2C**Data przyjęcia  
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

**Jestem cudzoziemcem - zamierzam wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP wyłącznie w celu**

- odbycia kształcenia podyplomowego  odbycia studiów  uczestniczenia w badaniach naukowych  
 uczestniczenia w pracach rozwojowych - **uzyskałem zgodę ministra zdrowia na odbycie/dalsze odbywanie\* kształcenia/studiów\***

Posiadam tytuł

 LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

Uzyskany w dniu  na podstawie dyplomu nr

wydanego przez  w dniu

 Ukończyłem staż podyplomowy

Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą data

Złożyłem LEK/LDEK data

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego numer prawa

Przyznanego przez OIL w ..... w dniu

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty 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

wydany przez  
.....

**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 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 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. 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

<b>Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej</b>		<input type="checkbox"/> pobyt rezydenta długoterminowego UE
<input type="checkbox"/> wizę z prawem wielokrotnego wjazdu	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt czasowy	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt stały
<input type="checkbox"/> status uchodźcy	<input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany	<input type="checkbox"/> 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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe*       | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu                           |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu   | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry*   | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia                    |
| <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu                           | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska                          |
| <input type="checkbox"/> Świadczenie złożenia LEK/LDEK*  | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca            |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego   |   |
| <input type="checkbox"/> Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej |   |

Inne dokumenty .....

**Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów 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

z numerem rejestru „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” oznaczonego numerem seryjnym Data Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | <input type="checkbox"/> Uzyskał zgodę na szkolenie podyplomowe/studia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa   | <input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty        |
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu                          | <b>Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)</b>     |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu <input type="checkbox"/> nie zostało/zostało zawieszono   |  |
| <input type="checkbox"/> Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu  |  |
| <input type="checkbox"/> Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat  |  |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP  |  |

#### Wniosek Komisji:

- \*Przyznać / \*ponownie przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia szkolenia podyplomowego / uczestniczenia w pracach badawczych/pracach rozwojowych wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów na czas określony
- 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. 1a-1b, 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 LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzenie 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