

.....  
imię i nazwiskotytuł zawodowy:  lekarz,  lekarz dentyista.....  
adres korespondencyjny.....  
telefon kontaktowy / domowy lub komórkowy/.....  
email

nr prawa wykonywania zawodu / ograniczonego prawa wykonywania zawodu,

## Wniosek o wydanie zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza /lekarza dentyisty uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej

W związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia w zawodzie lekarza/lekarza dentyisty w państwach członkowskich Unii Europejskiej (.....) proszę o wydanie zaświadczeń niezbędnych do uznania kwalifikacji w tychże państwach:

### Lekarz

- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza.
- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie: .....
- Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza.
- .....

### Lekarz Dentyista

- Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza dentyisty (przez co najmniej 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat).
- Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza dentyisty.
- Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentyisty.
- .....

Preferowany sposób odbioru wystawionych zaświadczeń:

- odbiór osobisty w Rejestrze Lekarzy OIL w Gdańsku,
- przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny.
- .....

.....  
Podpis

### OŚWIADCZENIA

#### Dotyczy lekarza - Zaświadczenie stwierdzające formalne kwalifikacje.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że ukończyłem/am staż podyplomowy, odbyty na podstawie art.5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50 poz. 458 i Nr 53, poz. 489, 1956 r. Nr 12, poz. 61, z 1989 r. Nr 30, poz. 158 oraz z 1993 r. Nr 17, poz. 78).

Data Podpis 

#### Dotyczy lekarza/lekarza dentyisty - Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że wykonywałem/am zawód lekarza dentyisty faktycznie i zgodnie z prawem w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej od momentu jej rejestracji OIL w Gdańsku do chwili obecnej.

Data Podpis 

#### Dotyczy lekarza/lekarza dentyisty stażysty - Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej.

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że nie jestem karany/a ani, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz, że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.

Data Podpis 

### ZALĄCZNIKI

- Dokumenty potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty w ciągu ostatnich 5lat (świadczenia pracy, zaświadczenie o zatrudnieniu)

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza i lekarza dentyistów uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP do siedziby OIL w Gdańsku.

Data Podpis