WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, NA OKREŚLONY ZAKRES CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA W PODMIOCIE LECZNICZYM, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Nr dokumentu	**W-2E**
Data przyjęcia dokumentu	

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W . . . . . .

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł ☐ **LEKARZA** ☐ **LEKARZA DENTYSTY**

Uzyskany w dniu |_|_| |_|_| |_|_|_|_| na podstawie dyplomu nr |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

wydanego przez w w dniu |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu ..... Nr .....
(nazwa dokumentu)

Przyznane przez .....
(państwo / organ wydający) w dniu |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Posiadam tytuł specjalisty .....

wydany przez .....

Uzyskałem zgodę ministra zdrowia z dnia |_|_| |_|_| |_|_|_|_| na wykonywanie zawodu ☐ lekarza ☐ lekarza dentysty

w .....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

przez okres ..... w zakresie określonych czynności zawodowych (decyzja ministra w załączeniu).

Nazwisko i imiona	**Płeć** K☐ M☐
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Imię ojca	Imię matki
Data urodzenia (rr-mm-dd) |_|_|_|_| |_|_| |_|_|	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo	Jeżeli posiada obywatelstwo polskie ☐ Numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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	
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 ..... 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 2020 r. poz. 514 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data ..... Podpis .....

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

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

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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotycząca ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.

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

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	Jednostka administracyjna państwa	
Region	Jednostka administracyjna regionu	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo	Kraj	
Region	Jednostka administracyjna regionu	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy
Miejscowość	Telefon	E-mail

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

☐ dyplom/kopia* dyplomu spełniający warunki, spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

☐ dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeśli taki tytuł posiada;

☐ orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

☐ dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym lekarz wykonywał bądź wykonuje zawód;

☐ zaświadczenie od podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

☐ dokument potwierdzający wykonywanie zawodu jako lekarza specjalista w danej dziedzinie medycyny przez okres co najmniej 3 lat w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia od podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 7 ust. 2a pkt 2;

☐ dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odbytego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli takie szkolenie odbył;

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 2019 r. poz. 965 z późn. 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:

☐ Poświadcza kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty uzyskane poza UE

☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Wniosek Komisji:

☐ Przyznać prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym w zakresie następujących czynności zawodowych:

w okresie od ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ do ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym

Data _____ Podpis przewodniczącego komisji _____

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W _____

Numer Uchwały ***Prezydium *ORL** _____ z dnia ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Panu/Pani _____

☐ **Zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* na podstawie art. 7 ust. 2e w zw. z ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514)**

na okres do ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym oznaczono numerem ☐☐☐☐☐☐☐

Wpisano ww. lekarza 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”** z wpisem urzędowym określonym uchwałą oznaczony numerem seryjnym ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

☐ **Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym na obszarze RP**

Data _____ Podpis _____

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU NA OKREŚLONY ZAKRES CZYNNOŚCI, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA W PODMIOCIE LECZNICZYM

Zarządzeniem Prezesa ORL w _____ **nr** _____ **z dnia** _____

Panu/Pani _____

zarejestrowany/a pod numerem __ – __ – _____ **został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów w związku z:**

☐ **rozwiązania umowy o pracę w przypadku określonym w art. 7 ust. 2h ustawy o zawodach lekarza / lekarza dentysty**

☐ **wydaniem przez Ministra Zdrowia decyzji administracyjnej, której mowa w art. 7 ust. 22 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514),** **decyzja z dnia** _____

☐ **zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu – wniosek zainteresowanego** **z dnia** _____

☐ **ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu** **z dnia** _____

☐ **wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu z powodu upływu okresu, na który zostało przyznane** **w dniu** _____

☐ **pozbawieniem prawa wykonywania zawodu z powodu** _____

☐ **śmiercią lekarza / lekarza dentysty** (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) **w dniu** _____

Data _____ **Podpis przewodniczącego komisji** _____

Dodaje się załącznik nr 1 do wniosku W-2E w brzmieniu: