

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA  
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

Nr dokumentu	<b>W-2</b>
Data przyjęcia dokumentu	

8 C @ B C @ G ? → I Z B Y L E K A R S K I E J W 9 ` K F C 7 ú 5 K ‡

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez		w dniu
<input type="checkbox"/> Ukończyłem staż podyplomowy		
<input type="checkbox"/> Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą		data
<input type="checkbox"/> Złożyłem LEK/LDEK - pierwszy zdany egzamin		data
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego		numer prawa
Przyznanego przez OIL w .....		w dniu

Nazwisko i imiona		Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: .....	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL	<input type="text"/>	Numer paszportu .....

**OŚWIADCZENIA**

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

Miejsce i data	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------	----------------------

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 201: r. poz. 839 jt.'g' o 0), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------	----------------------

 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.
- Przedkładam 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	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------	----------------------

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	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------	----------------------

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	<input type="text"/>	Podpis	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------	----------------------

**MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA**  **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** 

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data  Podpis

**ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu* |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu  | <input type="checkbox"/> Świadczenie złożenia LEK/LDEK* (pierwszy zdany egzamin)                |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia   | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego                     |
| <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska   | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP                         |
| <input type="checkbox"/> „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry”                                      |   |

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 201: r. poz. 38: jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce  Podpis   
Data

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

Miejsce  Podpis   
Data

**POTWIERDZENIE**

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” 

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data  Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

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

- Ciągłość wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat  
 Brak ciągłości wykonywania zawodu  
 Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów  
 Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

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 obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1-3/art. 5 ust. 1-4\* w zw. z art. 6 ust. 1, 2 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono ponownie 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” przyznany w celu odbycia stażu podyplomowego, w którym dokonano adnotacji urzędowych obejmujących: datę ukończenia stażu podyplomowego, datę złożenia z wynikiem pozytywnym LEK / LDEK, podstawę prawną przyznania prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwały okręgowej rady lekarskiej, imię i nazwisko lekarza/ lekarza dentysty, cel wydania prawa wykonywania zawodu.

oznaczony numerem seryjnym

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

Data

Podpis

### 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

- 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

