załącznik nr 8 do regulaminu
(pomarańczowy – PANTONE 1495 U)

WNIOSEK O PRZYZNANIE 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 KATOWICACH

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

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

Uzyskany w dniu 30.06.2022 na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr 5731

wydanego przez ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY w dniu 01.07.2022

☐ 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).*

☐ **Przedkładam 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: KATOWICE 05.07.2022 r.

Podpis: Kowalski Andrzej

Nazwisko i imiona: KOWALSKI ANDRZEJ JAN	Płeć K ☐ M ☒
Nazwisko rodowe: KOWALSKI	Nazwisko poprzednie:
Imię ojca: JÓZEF	Imię matki: ANNA
Data urodzenia (rr-mm-dd): 96.02.13	Miejsce urodzenia: KATOWICE
Obywatelstwo: ☒ polskie ☐ inne:	Stosunek do służby wojskowej: ☐ zawodowa ☐ czynna ☒ rezerwa ☐ nie podlega

Dokument tożsamości – dowód osobisty

Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty	**Numer dowodu osobistego:** AVW 123456
Nazwisko: KOWALSKI	**Imiona:** ANDRZEJ JAN
Data urodzenia: 96.02.13 **Płeć**	**Termin ważności dowodu osobistego:** 2030.01.31
Nazwisko rodowe: KOWALSKI	**Imiona rodziców:** JÓZEF ANNA
Numer PESEL: 96021301014	**Data wydania dowodu osobistego:** 2020.01.31
Organ wydający dowód osobisty: PREZYDENT MIASTA KATOWICE	**Podpis:** Kowalski

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 / Identyfication 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: KATOWICE 05.07.2022r. Podpis: Kowalski Andrzej

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 2019 r. poz. 514, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data: KATOWICE 05.07.2022r. Podpis: Kowalski Andrzej

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 załacznik nr 1 do Wniosku

Miejsce i data: KATOWICE 05.07.2022r. Podpis: Kowalski Andrzej

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: KATOWICE 05.07.2022r. Podpis: Kowalski Andrzej

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA ☐ MIEJSCE ZAMIESZKANIA ☐

Województwo: ŚLĄSKIE	Powiat: KATOWICE	Gmina/Dzielnica: KATOWICE
Ulica i nr domu/nr lokalu: GRAŻYŃSKIEGO 11/2		Kod pocztowy: 40-126
Miejscowość: KATOWICE	Telefon: 601222333	E-mail: Kowalskiandrzej@gmail.com

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu: j. w.		Kod pocztowy: --
Miejscowość	Telefon	E-mail

Miejsce Data: KATOWICE 05.07.2022r. Podpis: Kowalski Andrzej

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☒ Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentysty
- ☐ 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 potwierdzające formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentysty 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 ... 2 dyplomy

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 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce Data: Katowice 05.07.2022 Podpis: Kowalski Andrzej

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

Miejsce Data: KATOWICE 05.07.2022r

Podpis: Kowalski Andrzej

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/la skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów w związku z:**

☐ **zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnację 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** _____

Dołączyć załącznik nr 1 do Wniosku W1