

Nr dokumentu	W-2E
Data przyjęcia dokumentu	

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, NA OKREŚLONY ZAKRES
CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA
W PODMIOTIE LECZNICZYM, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W**

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	☒ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	17.06.2019	na podstawie dyplomu nr AR NR 053267
wydanego przez	Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny	w dniu 17.06.2019
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu	(nazwa dokumentu) Nr	
Przyznane przez	(państwo / organ wydający) w dniu	

Posiadam tytuł specjalisty	pediatria
wydany przez	

Uzyskałem zgodę ministra zdrowia z dnia	2022.09.01	na wykonywanie zawodu	☒ lekarza	☐ lekarza dentysty
w	Okręgowy Szpital Kolejowy Katowice	(nazwa i adres podmiotu leczniczego)		
przez okres	5 lat	w zakresie określonych czynności zawodowych (decyzja ministra w załączeniu).		

Nazwisko i imiona	MORAVA IRYNA	Płeć	☒ K ☐ M
Nazwisko rodowe	MORAVA	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	ANATOLI	Imię matki	MARIJA
Data urodzenia (rr-mm-dd)	1990.05.17	Miejsce urodzenia	Lwów
Obywatelstwo	UKRAINA	Jeżeli posiada obywatelstwo polskie	☐ Numer PESEL 90051712543

Dokument tożsamości – paszport

Nazwa państwa / Country	UKRAINA	Typ / Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No
Nazwisko / Surname	MORAVA	Imiona / Given names	IRYNA	
Obywatelstwo / Nationality	UKRAINA	Data urodzenia / Date of birth	1990.05.17	
Płeć / Sex	KOBIETA	Miejsce urodzenia / Place of birth	Lwów	
Organ wydający / Authority	POLICJA	Data wydania / Date of issue	2020.05.03	
Data ważności / Date of expiry	2030.05.03	Podpis / Holders signature	Morava Iryna	

OŚWIADCZENIA

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

Miejsce i data	KATOWICE 15.09.2022.	Podpis	Morava Iryna
----------------	----------------------	--------	--------------

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

Miejsce i data	KATOWICE 15.09.2022.	Podpis	Morava Iryna
----------------	----------------------	--------	--------------

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

KATOWICE 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

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

Miejsce
i data

KATOWICE 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

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 dotyczącą ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.

Miejsce
i data

KATOWICE 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

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 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	POLSKA	Jednostka administracyjna państwa	
Region	ŚLĄSKIE	Jednostka administracyjna regionu	KATOWICE
Ulica i nr domu/nr lokalu	Pokoju 1/5	Kod pocztowy	40-321
Miejscowość	KATOWICE	Telefon	600 333 761
		E-mail	morawa.iryna@gmail.com

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo		Kraj	
Region	P.W.	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 dokumentyzdjęcie.....paszport.....

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

KATOWICE 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

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

Miejsce
Data

KATOWICE 15.09.2022.

Podpis

Morawa Iryna

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:

- ☐ Poświadczają 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
dentystów w związku z:

został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

☐ 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: