

WNIOSEK O PRYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

W

Nr dokumentu

W-1Data przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY	
Uzyskany w dniu	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez	w dniu
Nazwisko i imiona	
Płeć K ☐ M ☐	
Imię ojca	Imię matki
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Data urodzenia (rr-mm-dd)	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne:	Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega
Numer PESEL	Numer NIP

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy -
Miejscowość	Telefon	Faks

Data

Podpis

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Data

Podpis

Oświadczam, że nie jestem karany/a oraz, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w zakresie odpowiedzialności karnej oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych przepisów, 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 2002 Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Data

Podpis

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o treści art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i zakresie określonym uchwałą nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (j.t. Biul. NRL Nr 6/86/2004).

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

z numerem seryjnym

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

Data

Podpis

Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu / dokumentu uprawniającego do pobytu na obszarze RP

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty | ☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia |
| ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| ☐ Kserokopia decyzji o nadaniu NIP | ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| ☐ Dowód zmiany nazwiska | |

Inne
.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- ☐ Podjął wykonywanie zawodu przed upływem pięciu lat po uzyskaniu dyplomu
- ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- ☐ Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa
- ☐ Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Panu/Pani

☐ Zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego

☐ na podst. art. 5, ust. 1 i 4, art. 6 ust. 3 pkt. 2-*/4/*5.

ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

☐ na podst. art. 7, ust. 1 i 2 / 7 ust. 1a i 2

ważne do

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z nr. seryjnym

☐ Nie zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

☐ Karta stażu podyplomowego numer

z dnia

☐ Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data

Podpis

ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA EGZAMINU PAŃSTWOWEGO

Numer

Data wydania

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

☐ przeniesieniu do okręgowej izby w

pismo OIL nr

z dnia

☐ zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

☐ ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu

z dnia

☐ decyzją prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

☐ utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

☐ pozbawienia ograniczonego
prawa wykonywania zawodu
(podstawa)

☐ wygaśnięciem terminu ograniczonego prawa wykonywania zawodu

w dniu

☐ śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji