

Kserokopia paszportu / dokumentu uprawniającego do pobytu na obszarze RP

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe | ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron paszportu |
| ☐ Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych | ☐ Świadcstwo zdrowia |
| ☐ Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu 3/5 lat | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | ☐ Inne, dotyczące lekarza z UE |
| ☐ Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a-5d ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | ☐ Inne |

Inne dokumenty

☐

☐

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|---|
| ☐ Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| ☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE | |
| ☐ Przeciwnie wnioskodawcy ☐ nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Prawo wykonywania zawodu ☐ nie zostało/zostało zawieszone | |
| ☐ Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu | |
| ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty | |
| ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Pani/Panu

☐ zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 i 2, art. 5 ☐ oraz art 6 ust. 1,4 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

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

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

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

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w		nr		z dnia	
Pani/Pan					
zarejestrowana/any pod numerem				został/a skreślona/y z rejestru OIL w związku z:	
☐ przeniesiony do okręgowej izby w		Pismo OIL nr		z dnia	
☐ zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnację 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 prawa wykonywania zawodu (podstawa)					
☐ śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu, dokumentu potwierdzającego zgon)				w dniu	
Data		Podpis przewodniczącego komisji			