Załącznik Nr 12A do regulaminu

Nr dokumentu W-2E Data przyjęcia dokumentu

WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, NA OKREŚLONY ZAKRES CZYNNOŚCI, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA W PODMIOCIE LECZNICZYM WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ORĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł

□LEKARZA

□LEKARZA DENTYSTY

Uzyskany w dniu \_ \_ -\_ \_-\_ \_ \_ \_ na podstawie dyplomu nr \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Wydanego przez …………………………………………….. w …………………………….. w dniu \_ \_ -\_ \_-\_ \_ \_ \_

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu ……………………………………………………. Nr …………………….. (Nazwa dokumentu) wydanego przez ………………………………………………………………………….

w dniu \_ \_ -\_ \_-\_ \_ \_ \_

Posiadam tytuł specjalisty ………………………………………………………………………........................…..……….… wydany przez ……………………………………………………..…………………………………………………………………….…….

Nazwisko i imiona ……………………………………………………………………..

płeć □ kobieta □ mężczyzna

Nazwisko rodowe …………………………………………. Nazwisko poprzednie …………………………………………….. Imię ojca ………………………………………………. Imię matki ………………………………………………………………

Data urodzenia \_ \_ -\_ \_-\_ \_ \_ \_ Miejsce urodzenia ...……………………………………

Obywatelstwo ....................................................... Numer paszportu .......................................... Paszport wydany przez ..........................................

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

Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Świadomy/a 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 2020 r. poz. 514), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 514).

Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty.

Miejsce i data ........................................................ Podpis .......................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) oraz zapoznałem się z klauzulą RODO stanowiącą załącznik do wniosku.

Miejsce i data ........................................................ Podpis .......................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo ...................................... Jednostka administracyjna państwa ......................................

Region ........................................ Jednostka administracyjna regionu ......................................

Ulica i nr domu/nr lokalu ................................................... kod pocztowy ........................................

Miejscowość ............................................. telefon ............................... email .................................. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jedynie, jeśli inny niż miejsce stałego zamieszkania)

Państwo ...................................... Jednostka administracyjna państwa ......................................

Region ........................................ Jednostka administracyjna regionu ......................................

Ulica i nr domu/nr lokalu ................................................... kod pocztowy .........................................

Miejscowość ............................................. telefon ............................... email ...................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

□ decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

□ dyplom/odpis\*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 dokumenty;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

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

Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu lekarza□ Prawo Wykonywania Zawodu lekarza dentysty□ Z numerem rejestru \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ 21 Oznaczonego numerem seryjnym \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Miejsce i data ........................................................ Podpis ..........................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji prawa wykonywania zawodu stwierdza, że:

□ poświadcza 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……………………………………………. w ……………………………………………………………………………………………………...........................................…….

□ odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym

Data ....................................... Podpis Przewodniczącego.................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UCHWAŁĄ PREZYDIUM\* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .......................................

NR ......................................... 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)

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 oznaczony numerem \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

□ 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................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ został/a skreślony z okręgowego rejestru lekarz u lekarzy dentystów w związku z:

□ 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 z dnia .................

□ ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia .................

□ wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu z powodu upływu okresu, na który zostało przyznane

□ pozbawienia prawa wykonywania zawodu z powodu .......................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................

□ śmierci lekarza/lekarza dentysty (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu ........

Data ....................................... Podpis Przewodniczącego................................................................. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_