

**WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

Nr dokumentu	<b>W-2F</b>
Data przyjęcia dokumentu	

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr <input type="text"/>
wydanego przez	w	w dniu <input type="text"/>

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu ..... Nr .....

(nazwa dokumentu)

Przyznane przez ..... w dniu

(państwo / organ wydający)

Posiadam / nie posiadam\* tytuł specjalisty .....

wydany przez .....

Uzyskałem decyzję ministra zdrowia z dnia  o udzieleniu zgody na warunkowe wykonywanie zawodu

lekarza  lekarza dentysty

samodzielnie  pod nadzorem lekarza / lekarza dentysty posiadającego specjalizację II st. lub tytuł specjalisty (decyzja w załączeniu).

Nazwisko i imiona	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Imię ojca	Imię matki
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo	Jeżeli posiada obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Numer PESEL <input type="text"/>

**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 <input type="text"/>		
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth		
Organ wydający / Authority	Data wydania / Date of issue <input type="text"/>		
Data ważności / Date of expiry <input type="text"/>	Podpis / Holders signature		

**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 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data  Podpis

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

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 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 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

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód w podmiocie leczniczym

.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19.

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	E-mail	

## ADRES DO KORESPONDENCJI *(wypełnić jedynie, jeśli inny niż miejsce stałego zamieszkania)*

Państwo	Kraj		
Region	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. 12 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 lub art. 6 ust. 5 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;
- dokumenty odnoszące się do znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie umożliwiającym wykonywanie zawodu lekarza / lekarza dentysty;
- 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 z późn. zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce  
Data

Podpis

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

Miejsce  
Data

Podpis

### 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:

- Poświadcza kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty uzyskane poza UE  
 Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Wniosek Komisji:

- Przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

w okresie od        do

- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód samodzielnie,

- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty

- Odmówić przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

- Zostało przyznane warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* na podstawie art. 7 ust. 13 w zw. z ust. 9 i 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514)

na okres 5 lat do

Warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* 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 warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* na obszarze RP

Data

Podpis

# WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

## ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

## ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Panu/Pani

zarejestrowany/a pod numerem -- został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i 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 warunkowego prawa wykonywania zawodu – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

wygaśnięcia warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu upływu okresu, na który zostało przyznane w dniu

pozbawieniem warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu

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

Data  Podpis przewodniczącego komisji

.....  
Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....  
miejsowość, data

.....  
 nr PESEL

.....  
 numer paszportu / data wydania/organ wydający  
(w odniesieniu do lekarza nie posiadającego nr PESEL)

### Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Okręgową Radę Lekarską w ....., przekazane mi zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, w związku ze złożonym wnioskiem:

- (W-1) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-1A) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2A) Wniosek o uznanie kwalifikacji formalnych, przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2B) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2C) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2D) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2E) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-2F) Wniosek o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-3) Wniosek o przeniesienie i wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w .....
- (W-6) Wniosek o wpisanie na listę członków oraz do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry Okręgowej Izby Lekarskiej w ..... oraz wydanie „prawa wykonywania zawodu lekarza” „prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

#### 1. Administrator danych osobowych (ADO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Okręgowa Izba Lekarska w .....** zwanym dalej „ADO”.

**2. Dane kontaktowe administratora (ADO)**

Z Okręgową Izbą Lekarską w ..... można się skontaktować:

- pisemnie na adres: .....

- pod adresem e-mail: .....

- osobiście.

**3. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych Okręgowej Izby Lekarskiej w .....**

Bezpośredni kontakt z inspektorem:

adres e-mail: .....

**4. Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania**

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia przez właściwą okręgową izbę lekarską ciążących na niej obowiązków oraz realizacji zadań, wynikających z przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.) (art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia 2016/679).

**5. Kategoria odbiorców danych osobowych**

Odbiorcami danych mogą być:

- 1) Naczelna Izba Lekarska lub inne okręgowe izby lekarskie - w związku z realizacją przez nie zadań wynikających z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 2) podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty – w związku z wykonywanymi przez te podmioty zadaniami na podstawie odrębnych przepisów ustawowych;
- 3) inne podmioty wymienione w art. 52 ust. 1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, w zakresie lub celu wskazanych w tych przepisach.
- 4) Naczelna Rada Lekarska, która udostępnia informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy, o których mowa w art. 49 okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31-34 i 42-44, w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 z późn. zm.)

**6. Okres przechowywania danych osobowych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty i bycia członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej. Natomiast dane osobowe wskazane w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich będą przechowywane przez czas nieokreślony (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

**7. Przysługujące prawa**

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo żądania ich sprostowania (poprawiania, uzupełniania) oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania lub usunięcia. Sprostowaniu podlega treść, która zawiera błędne dane, a usunięciu podlega treść, która została wprowadzona bez podstawy faktycznej (tj. wobec braku odpowiedniego dokumentu, odpowiedniej uchwały, orzeczenia albo postanowienia). Prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia nie obejmuje danych osobowych wskazanych w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

**8. Prawo do sprzeciwu**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia 2016/679.

**9. Informacja o wymogu lub dobrowolności podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a zobowiązanie do podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

-----  
*podpis lekarza/lekarza dentysty*