

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

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ..... KATOWICACH .....

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

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input checked="" type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<u>30</u> <u> </u> <u>06</u> <u> </u> <u>2021</u>	na podstawie dyplomu nr <u>160365</u>
wydanego przez	<u>ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY</u>	w dniu <u>02</u> <u> </u> <u>09</u> <u> </u> <u>2021</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Ukończyłem staż podyplomowy		
<input type="checkbox"/> Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą	data <u>31</u> <u> </u> <u>10</u> <u> </u> <u>2022</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Złożyłem LEK/LDEK	data <u>26</u> <u> </u> <u>02</u> <u> </u> <u>2022</u>	
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego	numer prawa <u>3001112</u>	
Przyznanego przez OIL w <u>KATOWICACH</u>	w dniu <u>2021</u> <u> </u> <u>09</u> <u> </u> <u>10</u>	

Nazwisko i imiona	<u>NOWAK IGA</u>		Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	<u>KOWALSKA</u>	Nazwisko poprzednie		
Imię ojca	<u>JAN</u>	Imię matki	<u>MARIA</u>	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	<u>19</u> <u> </u> <u>95</u> <u> </u> <u>04</u> <u> </u> <u>01</u>	Miejsce urodzenia	<u>KATOWICE</u>	
Obywatelstwo <input checked="" type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: .....	Stosunek do służby wojskowej		<input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input checked="" type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL	<u>95040109161</u>	Numer paszportu	.....	

**OŚWIADCZENIA**

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

Miejsce i data KATOWICE, 01.11.2022 Podpis Iga Nowak

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 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 2017 r. poz. 125 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data KATOWICE, 01.11.2022 Podpis Iga Nowak

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

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.

Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.

Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Przedkładałem dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Miejsce i data Katowice, 01.11.2022 Podpis Iga Nowak

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 2016 r., poz. 522 jt. ze zm.).

Miejsce i data Katowice, 01.11.2022 Podpis Iga Nowak

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, 01.11.2022 Podpis Iga Nowak

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA  MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Województwo śląskie	Powiat TYCHY	Gmina TYCHY
Ulica i nr domu/nr lokalu Cyganerii 6/1		Kod pocztowy 43-100
Miejscowość TYCHY	Telefon 666 110 211	E-mail l.nowak@gmail.com

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu j.w		Kod pocztowy [ ]-[ ]
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data Katowice, 01.11.2022      Podpis Iga Nowak

**ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentystry | <input checked="" type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu* |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu  | <input checked="" type="checkbox"/> Świadectwo złożenia LEK/LDEK*  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia  | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska  | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP                                    |
| <input type="checkbox"/> „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry”                                      |  |

Inne dokumenty v zdjęcia

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce Data Katowice, 01.11.2022      Podpis Iga Nowak

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

Miejsce Data Katowice, 01.11.2022      Podpis Iga Nowak

**POTWIERDZENIE**

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”   
„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty”

z numerem rejestru

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

oznaczonego numerem seryjnym

[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Data

Podpis

--

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza:

- Ciągłość wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat  
 Brak ciągłości wykonywania zawodu  
 Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów  
 Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

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 dentyisty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1-3/art. 5 ust. 1-4\* w zw. z art. 6 ust. 1, 2 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty oznaczono ponownie numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” z wpisem dotyczącym uchwały okręgowej rady lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty w celu odbycia stażu podyplomowego, zgodnie z posiadanym obywatelstwem obejmującym nazwę i siedzibę okręgowej rady lekarskiej, imię i nazwisko lekarza, podstawę prawną prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwały okręgowej rady, podpis sekretarza i prezesa

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentyista został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów pod numerem

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentyista został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów pod numerem

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

### ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem  
dentystów w związku z:

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

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

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

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

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu (podstawa)

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

Data

Podpis przewodniczącego komisji