

PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		<input type="checkbox"/> pobyt rezydenta długoterminowego UE
<input type="checkbox"/> wizę z prawem wielokrotnego wjazdu	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt czasowy	<input type="checkbox"/> zezwolenie na pobyt stały
<input type="checkbox"/> status uchodźcy	<input type="checkbox"/> zgoda na pobyt tolerowany	<input type="checkbox"/> decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe* | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Świadczenie złożenia LEK/LDEK* | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o znajomości języka polskiego | |
| <input type="checkbox"/> Zezwolenie Ministra Zdrowia na szkolenie podyplomowe/studia | |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

Inne dokumenty

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów 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

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 dentystry”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | <input type="checkbox"/> Uzyskał zgodę na szkolenie podyplomowe/studia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa | <input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty |
| <input type="checkbox"/> Przeciwno wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| <input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu <input type="checkbox"/> nie zostało/zostało zawieszona | |
| <input type="checkbox"/> Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu | |
| <input type="checkbox"/> Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP | |

Wniosek Komisji:

- *Przyznać / *ponownie przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia szkolenia podyplomowego / uczestniczenia w pracach badawczych/pracach rozwojowych wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów na czas określony
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało / ponownie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty

- bez ograniczeń

- z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty ponownie oznaczono numerem

wpisano / ponownie 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”

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

