

**WNIOSEK O PRZYZNIANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, NA OKREŚLONY ZAKRES
CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA
W PODMIOCIE LECZNICZYM, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

| | |
|--------------------------|-------------|
| Nr dokumentu | W-2E |
| 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 |
| <i>(nazwa dokumentu)</i> | |
| Przyznane przez | w dniu <input type="text"/> |
| <i>(państwo / organ wydający)</i> | |

| |
|----------------------------------|
| Posiadam tytuł specjalisty |
| wydany przez |

| | | | |
|--|-----------------------|----------------------------------|---|
| Uzyskałem zgodę ministra zdrowia z dnia <input type="text"/> | na wykonywanie zawodu | <input type="checkbox"/> lekarza | <input type="checkbox"/> lekarza dentysty |
| <i>(nazwa i adres podmiotu leczniczego)</i> | | | |
| przez okres w zakresie określonych czynności zawodowych (decyzja ministra 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 <input type="text"/> | Podpis <input type="text"/> |
|-------------------------------------|-----------------------------|

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 2020 r. poz. 514 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| Miejsce i data <input type="text"/> | Podpis <input type="text"/> |
|-------------------------------------|-----------------------------|

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.

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

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

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------|--|
| 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. 2b 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 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 dentyków 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 dentyści”

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 dentyści 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

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

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 dentyści* na podstawie art. 7 ust. 2e w zw. z ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (Dz. U. z 2020 r. poz. 514)

na okres do

Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyści* 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 dentyków

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyści” z wpisem urzędowym określonym uchwałą

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyści* zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym na obszarze RP

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

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
dentystów w związku z:

| | | - | | | - | | | | | | | | | |

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

rozwiązania umowy o pracę w przypadku określonym w art. 7 ust. 2h ustawy o zawodach lekarza / lekarza dentysty

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 zainteresowanego

z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu

z dnia

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

w dniu

pozbawieniem 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 dentysty

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

1. Administrator danych osobowych (ADO)

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

2. Dane kontaktowe administratora (ADO)

Z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie można się skontaktować:

- pisemnie na adres: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18
- pod adresem e-mail: biuro@oilwaw.org.pl
- osobiście.

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

Bezpośredni kontakt z inspektorem:

adres e-mail: iod@oilwaw.org.pl

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 2018 r. poz. 168) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, 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 dentystry;
- 2) podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentystry – 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 dentystry 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 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).

6. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry 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 dentystry