

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

Nr dokumentu	<b>W-2</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 dniu <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ukończyłem staż podyplomowy		
<input type="checkbox"/> Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą		data <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Złożyłem LEK/LDEK		data <input type="text"/>
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego		numer prawa <input type="text"/>
Przyznanego przez OIL w .....		w dniu <input type="text"/>

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 <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: .....	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL <input type="text"/>	Numer paszportu .....	

**OŚWIADCZENIA**

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

Miejsce i data  Podpis

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  Podpis

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

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 ZAMELDOWANIA**  **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** 

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data  Podpis

**ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu* |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu  | <input type="checkbox"/> Świadczenie złożenia LEK/LDEK*   |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia   | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego                     |
| <input 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 .....

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  Podpis   
Data

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

Miejsce  Podpis   
Data

**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:

- 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 dentystów  
 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 dentysty 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 dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono ponownie 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 dotyczącym uchwały okręgowej rady lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego, zgodnie z posiadany 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 dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

- Uchwałą ORL nr

z dnia

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

- Uchwałą ORL nr

z dnia

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



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

.....  
miejscowość, 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*