

miejsce, data.....

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres korespondencyjny

.....
telefon kontaktowy /domowy lub komórkowy/ email

WNIOSEK

Proszę o wydanie zaświadczeń dotyczących zgodności uzyskanego przeze mnie wykształcenia medycznego w odniesieniu do Dyrektywy UE 2005/36/WE:

1. zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje formalne *lekarza / lekarza dentysty

zgodnie z obowiązującą Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady

2. zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu *lekarza / lekarza dentysty przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5 (wydaje się wyłącznie w przypadku nie posiadania kwalifikacji formalnych pkt.1 – klauzula praw nabytych)

3. zaświadczenia potwierdzającego specjalizację (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie jako równorzędną ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w UE w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej

4. zaświadczenia dotyczące postawy etycznej *lekarza / lekarza dentysty

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie jestem karany, ani że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej.

Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku podjęcia wykonywania zawodu wyłącznie na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu *lekarza/ lekarza dentysty na obszarze RP do siedziby OIL w Częstochowie.

.....
własnoręczny podpis

Zaświadczenia:

odbiorę osobiście

proszę przesłać pocztą na wskazany wyżej adres