

imię i nazwisko .....  
 tytuł zawodowy:  lekarz,  lekarz dentysta

adres korespondencyjny .....

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

nr prawa wykonywania zawodu / ograniczonego prawa wykonywania zawodu, .....

## Wniosek o wydanie zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza /lekarza dentysty uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej

W związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia w zawodzie lekarza/lekarza dentysty w państwach członkowskich Unii Europejskiej (.....) proszę o wydanie zaświadczeń niezbędnych do uznania kwalifikacji w tychże państwach:

### Lekarz

- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza.
- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie: .....
- Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza.
- .....

### Lekarz Dentysta

- Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza dentysty (przez co najmniej 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat).
- Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza dentysty.
- Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty.
- .....

Preferowany sposób odbioru wystawionych zaświadczeń:

- odbiór osobisty w Rejestrze Lekarzy OIL w **ZIELONEJ GÓRZE**
- przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny.
- .....

Podpis .....

### OŚWIADCZENIA

**Dotyczy lekarza - Zaświadczenie stwierdzające formalne kwalifikacje.**

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że ukończyłem/am staż podyplomowy, odbyty na podstawie art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. Nr 50 poz. 458 i Nr 53, poz. 489, 1956 r. Nr 12, poz. 61, z 1989 r. Nr 30, poz. 158 oraz z 1993 r. Nr 17, poz. 78).

Data  Podpis

**Dotyczy lekarza/lekarza dentysty - Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu.**

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że wykonywałem/am zawód lekarza dentysty faktycznie i zgodnie z prawem w ramach Indywidualnej Praktyki Lekarskiej od momentu jej rejestracji OIL w **ZIEL-G** do chwili obecnej.

Data  Podpis

**Dotyczy lekarza/lekarza dentysty stażysty - Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej.**

Upředzony na podstawie art. 233 § 6 KK o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że nie jestem karany/a ani, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz, że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.

Data  Podpis

### ZAŁĄCZNIKI

- Dokumenty potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w ciągu ostatnich 5 lat (świadczenia pracy, zaświadczenie o zatrudnieniu)

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza i lekarza dentystów uznawane w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP do siedziby OIL w **ZIELOWEJ GÓRZE**

Data  Podpis