

**WNIOSEK  
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY  
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM**

(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu	<b>W-4</b>
Data przyjęcia dokumentu	

**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem

LEKARZEM

LEKARZEM DENTYSTĄ

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Numerem prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

Numerem rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Uzyskałem nadanie obywatelstwa polskiego

Nazwisko i imiona

Dotychczasowe obywatelstwo

zachowuje drugie

jeśli tak, to jakie

TAK

NIE

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)

--	--	--	--	--	--	--	--

Numerem ewidencyjny PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**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

--

Uwagi:

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kserokopia postanowienia Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego / decyzji właściwego wojewody

Kserokopia dowodu osobistego

Kserokopia „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  
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:

Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

Data

Podpis przewodniczącego komisji

## UCHWAŁĄ \*PREZYDIUM \*OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

**KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA OBYWATELSTWO POLSKIE**

posiadającemu/cej prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanemu/cej w rejestrze OIL

pod numerem

**przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1-5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, tj.)**

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, zgodnie z posiadanym obywatelstwem obejmującym nazwę i siedzibę okręgowej rady lekarskiej imię i nazwisko lekarza podstawę prawną prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwałę okręgowej rady, podpis sekretarza i prezesa.

z numerem seryjnym

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

# WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

## ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

## ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

--

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

dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu (podstawa)

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji