**Załącznik nr 3**

**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia   
na warunkowe wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dotyczy lekarzy/lekarzy dentystów, którzy posiadają dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty wydany poza Unią Europejską)[[1]](#footnote-1)**

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta/mężczyzna (zaznacz właściwe)

|  |
| --- |
| Imię: |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail: |

Uzyskane kwalifikacje:

|  |
| --- |
| Nazwa ukończonej szkoły wyższej (wydział, kierunek studiów): |
| Uzyskany tytuł zawodowy i dokument potwierdzający ukończenie szkoły wyższej (data i miejsce wydania dokumentu): |
| Okres kształcenia w szkole wyższej: |
| Nazwa tytułu specjalisty uzyskanego w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej: |
| Czas trwania szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z programem: |
| Dokument potwierdzający tytuł specjalisty (numer, data i miejsce wydania): |
| Inne ewentualne dokumenty: |

Doświadczenie zawodowe:

|  |
| --- |
| Okres zatrudnienia jako lekarz specjalista: |
| Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy – miejsce, stanowisko, stosunek pracy):  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10. |
| Kursy i szkolenia związane z posiadanymi kwalifikacjami lekarza/ lekarza dentysty specjalisty:  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10. |

Podmiot, w którym zamierza Pan/Pani podjąć zatrudnienie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

|  |
| --- |
| Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przeznaczonego do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19: |
| Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od…do…): |

Data i podpis………………………………………………

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

1) dyplom lekarza/lekarza dentysty potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów (uzyskany poza UE). Nie jest wymagane zalegalizowanie dyplomów lub duplikatów oraz posiadanie apostille dyplomów lub ich duplikatów;

2) dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty wydany przez właściwy organ w danym państwie (uzyskany poza UE). Nie jest wymagane zalegalizowanie dyplomów lub duplikatów oraz posiadanie apostille dyplomów lub ich duplikatów;

3) oświadczenie o następującej treści: "Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych" (oświadczenie powinno zawierać Twoje nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i daty złożenia oświadczenia oraz Twój czytelny podpis);

4) wydany przez lekarza dokument poświadczający, że posiadasz stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty.  Dokument ten może być wydany zarówno przez lekarza polskiego, jak również lekarza z Twojego  państwa pochodzenia, wtedy jednak musi być przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego (pamiętaj dokument może być przedstawiony w ciągu 3 miesięcy od daty jego wydania, co oznacza, że orzeczenie jest ważne przez okres trzech miesięcy od dnia jego wydania);

5) poniższe dokumenty poświadczające, że wykazujesz nienaganną postawę etyczną:

a) dokument 1:

Oświadczenie o następującej treści: „Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany 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 innymi 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, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”. (oświadczenie powinno również zawierać Twoje nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz Twój czytelny podpis), lub

b) dokument 2 (jeżeli jest możliwość jego uzyskania, w danym Państwie, z którego pochodzi lekarz):

Dokument potwierdzający Twoją niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w kraju, w którym wykonujesz/wykonywałeś zawód lekarza lub lekarza dentysty.

6) Wydany przez właściwy organ dokument (program odbytego szkolenia specjalizacyjnego) poświadczający, odbycie szkolenia specjalizacyjne odpowiadającego w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej;

Dokument powinien określać, przede wszystkim:

1. liczbę zrealizowanych procedur medycznych,
2. liczbę godzin zrealizowanego szkolenia specjalizacyjnego,
3. zakres tematyczny realizowanych szkoleń/kursów w ramach szkolenia specjalizacyjnego,
4. ewentualnie elementy dodatkowe inne niż wymienione w pkt 1-3.

7) Wydane przez właściwy organ ewentualne inne dodatkowe dokumenty poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych.

1. Warunkowe prawo wykonywania zawodu wydawane jest wyłącznie w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-2)