

**Załącznik nr 1**

**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia  
na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium  
Rzeczypospolitej Polskiej  
na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia  
w podmiocie wykonującym działalność leczniczą**

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):<sup>1</sup>

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

Uzyskane kwalifikacje:

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| Nazwa ukończonej szkoły wyższej (wydział, kierunek studiów): |
|--------------------------------------------------------------|

<sup>1</sup> Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy – miejsce, stanowisko, stosunek pracy):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol> |
| <p>Kursy i szkolenia związane z posiadanymi kwalifikacjami lekarza/ lekarza dentysty specjalisty:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3.</li> <li>4.</li> <li>5.</li> <li>6.</li> <li>7.</li> <li>8.</li> <li>9.</li> <li>10.</li> </ol>                                                           |

|  |
|--|
|  |
|--|

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

|                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: |
| Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od...do...):                     |

Data i podpis.....

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

1. Zaświadczenie od podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawierające poniższe informacje:
  - a) imię i nazwisko osoby, którą podmiot zamierza zatrudnić,
  - b) wykaz komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, w których lekarz specjalista mógłby podjąć zatrudnienie,
  - c) okres planowanego zatrudnienia,
  - d) zakres realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnych z posiadanym tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.
2. Własnoręcznie podpisane oświadczenie, o wykazywaniu znajomości języka polskiego niezbędnej do wykonywania powierzonych zakresu czynności zawodowych.
3. Oświadczenie o następującej treści: "Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych" (oświadczenie powinno zawierać nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz własnoręczny podpis lekarza/lekarza dentystry).
4. Wydany przez lekarza dokument poświadczający, że stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry (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. Dokument/y poświadczający/e nienaganną postawę etyczną:
  - a) 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 nazwisko i imię lekarza, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis lekarza/lekarza dentysty), lub

b) dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w kraju, w którym wnioskodawca wykonywał/wykonuje zawód.

6. Wydany przez właściwy organ dokument poświadczający, posiadanie co najmniej trzyletniego doświadczenia zawodowego jako lekarz specjalista w danej dziedzinie, wskazanej w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1566), zdobyte w okresie pięciu lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa w pkt 1.

7. Dyplom lekarza/lekarza dentysty. Dokument ten powinien być zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dokument albo opatrzony klauzulą apostille (jeżeli dokument został wydany przez szkołę wyższą działającą w systemie szkolnictwa wyższego państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r.). Minister Zdrowia może odstąpić od warunku zalegalizowania dyplomu lub duplikatu oraz posiadania apostille dyplomów lub duplikatów, jeżeli spełnienie tego warunku jest niemożliwe lub znacząco utrudnione (dotyczy sytuacji absolutnie wyjątkowych).

8. Dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej. Dokument powinien być zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dokument, albo opatrzony klauzulą apostille (jeżeli dokument został wydany przez szkołę wyższą działającą w systemie szkolnictwa wyższego państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r.). Minister Zdrowia może odstąpić od warunku zalegalizowania ww. dokumentu lub jego duplikatu oraz posiadania apostille ww. dokumentu lub jego duplikatu, jeżeli spełnienie tego warunku jest niemożliwe lub znacząco utrudnione (dotyczy sytuacji absolutnie wyjątkowych).

9. Wydany przez właściwy organ dokument (program odbytego szkolenia specjalizacyjnego) poświadczający odbycie szkolenia specjalizacyjnego 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.

10. Wydane przez właściwy organ ewentualne inne dokumenty poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych odpowiadających zakresowi świadczeń zdrowotnych wskazanych w zaświadczeniu,  
o którym mowa w pkt 1.