

**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na warunkowe wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej w dowolnym podmiocie leczniczym (dotyczy
lekarzy/lekarzy dentystów, którzy posiadają dyplom potwierdzający
uzyskanie tytułu specjalisty wydany poza Unią Europejską)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

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

Uzyskane kwalifikacje:

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

¹ Warunkowe prawo wykonywania zawodu wydawane jest wyłącznie w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

² 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:
Dokument potwierdzający tytuł specjalisty (numer, data i miejsce wydania):
Inne ewentualne dokumenty:
Nazwy(a) województw(a) na terenie których(ego) planuję pracować zgodnie z treścią wniosku ³ (lista województw poniżej):
Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od...do...):

Oświadczam, że wszystkie dane przedstawione przeze mnie w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Data i podpis.....

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

- 1) dyplom lekarza/lekarza dentystry 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

³ **Lista województw:** dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodnio-pomorskie.

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 dentystry. 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 dentystry, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry 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 dentystry.

6) Ewentualnie wydane przez właściwy organ inne dodatkowe dokumenty poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych.

7) Kopię dokumentu tożsamości potwierdzającego posiadane obywatelstwo, np. paszportu (kopia wyłącznie strony potwierdzającej tożsamość i obywatelstwo).

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

- 1) dyplom lekarza/lekarza dentystry potwierdzający ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów wydany w innym państwie niż państwo członkowskie UE. Nie jest wymagane zalegalizowanie dyplomów lub duplikatów oraz posiadanie apostille dyplomów lub ich duplikatów;
- 2) 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);
- 3) wydany przez lekarza dokument poświadczający, że posiadasz stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentystry. 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);

- 4) 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 umyślne 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.

- 5) kopię dokumentu tożsamości potwierdzającego posiadane obywatelstwo, np. paszportu (kopia wyłącznie strony potwierdzającej tożsamość i obywatelstwo).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952) przy ul. Miodowej 15, moich danych osobowych zawartych we Wniosku w celu udostępnienia tych danych podmiotom leczniczym oferującym zatrudnienie lekarzom/lekarzom dentystom, a tym samym uzyskania pomocy w zatrudnieniu w zawodzie lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Data i podpis.....

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W związku z realizacją wymogów art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35), dalej: „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych i prawach z tym związanych.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15. Z Administratorem można kontaktować się listownie, za pomocą e-mail: kancelaria@mz.gov.pl lub za pośrednictwem platformy e-PUAP (adres skrytki: /8tk37sxx6h/SkrytkaESP).
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się poprzez e-mail: iod@mz.gov.pl, za pośrednictwem platformy e-PUAP lub listownie na adres siedziby. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
- 3) Pani/Pana dane osobowe zawarte we Wniosku przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z udzieloną zgodą.
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udostępnienia tych danych podmiotom leczniczym oferującym zatrudnienie lekarzom/lekarzom denty stom, a tym samym uzyskania pomocy w zatrudnieniu w zawodzie lekarza lub lekarza denty stom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ”.
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom leczniczym, które poszukują i oferują zatrudnienie lekarzom/lekarzom denty stom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemie Elektroniczne Zarządzanie Dokumentacją (EZD) oraz gabinet.gov.pl, ale nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów o archiwizacji oraz zgodnie z obowiązującą w Ministerstwie Zdrowia instrukcją kancelaryjną.
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych;
 - b) sprostowania danych osobowych;
 - c) ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - e) usunięcia danych osobowych;
 - f) cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 10) W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawa, posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
- 11) Podanie danych osobowych jest całkowicie dobrowolne ale niezbędne do realizacji celu przetwarzania określonego w pkt 4.