

Bydgoszcz dnia:

## Wniosek o wydanie zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje lekarza / lekarza dentysty

imię i nazwisko:

- Lekarz
- Lekarz dentysta

numer PWZ:

adres korespondencyjny:

telefon kontaktowy:

adres email:

### W związku z zamiarem:

- podjęcia zatrudnienia w zawodzie lekarza/lekarza dentysty w państwach członkowskich Unii Europejskiej ( )
- przystąpieniem do konkursu na stanowisko kierownika/ordynatora

### proszę o wydanie zaświadczeń niezbędnych do uznania kwalifikacji:

- Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza/lekarza dentysty.
- 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).
- Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza/lekarza dentysty.
- Zaświadczenie o braku zastrzeżeń do pełnienia funkcji
- Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza dentysty (przez co najmniej 3 kolejne lata w okresie ostatnich 5 lat).
- Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty.
- Inne:

### Oświadczenia:

(imię, nazwisko, podpis)

Dotyczy lekarza/lekarza dentysty - Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej/ braku zastrzeżeń do pełnienia funkcji

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233Kk) niniejszym oświadczam, że nie jestem karany(a) sądownie oraz, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie karne.

Data:

.....

(podpis)