Miejscowość: Data: **Bydgoska Izba Lekarska**

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Nr prawa wykonywania zawodu

Adres korespondencyjny

ulica, numer domu / lokalu

kod pocztowy, miejscowość

Numer telefonu

Adres e-mail

Wykonywany zawód ○ lekarz ○ lekarz dentysta

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczeń niezbędnych do uznania moich kwalifikacji za zgodne z wymaganiami wynikającymi z dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych *(zaznacz właściwe pozycje)*:

☐ **zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje formalne** do wykonywania zawodu wskazanego powyżej, zgodnie z obowiązującą dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady;

☐ **zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu** wskazanego powyżej przez okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat (klauzula praw nabytych). Zaświadczenie to jest wydawane wyłącznie osobom, które nie posiadają kwalifikacji formalnych, o których mowa w pkt 1;

☐ **zaświadczenie potwierdzające specjalizację** jako równorzędną ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej:

☐ II stopnia ☐ tytuł specjalisty w dziedzinie:

☐ **zaświadczenie dotyczące postawy etycznej** (*Letter / Certificate of Good Standing*).

OŚWIADCZENIE

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie jestem karany/-a i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej. Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku podjęcia wykonywania zawodu wyłącznie na terytorium państwa innego niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania do siedziby Bydgoskiej Izby Lekarskiej oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Sposób odbioru zaświadczeń

○ odbiorę osobiście

○ proszę o wysłanie pocztą na adres korespondencyjny wskazany powyżej

.....

podpis wnioskodawcy