

**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 nie posiadają dyplomu potwierdzającego  
uzyskanie tytułu specjalisty wydanego poza Unią Europejską)<sup>1</sup>**

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>2</sup>

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

Uzyskane kwalifikacje:

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

---

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

<sup>2</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:
Inne ewentualne dokumenty:
Nazwy(a) województw(a) na terenie których(ego) planuję pracować zgodnie z treścią wniosku <sup>3</sup> (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 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:

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

a) dokument 1:

Oświadczam 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.

- 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](mailto: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](mailto: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 sty 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.