………………….……………………………..

*Miejscowość, data*

…………………………………………………………………….………………..

*Imię i nazwisko*

……………….….................................

*Nr prawa wykonywania zawodu*

……………………………………………..……………………………….………

………………………………………………………………………………………

*adres korespondencyjny*

........................................................................................

*telefon kontaktowy /domowy lub komórkowy/ email*

**WNIOSEK**

Proszę o wydanie zaświadczeń dotyczących zgodności uzyskanego przeze mnie wykształcenia medycznego w odniesieniu do Dyrektywy UE 2005/36/WE:

□1. zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje formalne \*lekarza / lekarza dentysty zgodnie z obowiązującą Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady.

□2. zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu \*lekarza / lekarza dentysty przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5 (wydaje się wyłącznie w przypadku nie posiadania kwalifikacji formalnych pkt.1 – klauzula praw nabytych).

□3. zaświadczenia potwierdzającego specjalizację (II st. / tytuł specjalisty) w dziedzinie .......................................................................... jako równorzędną ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w UE w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej.

□4. zaświadczenia dotyczącego postawy etycznej \*lekarza / lekarza dentysty.

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie jestem karany ani że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej.**

Jednocześnie zobowiązuję się , w przypadku podjęcia wykonywania zawodu wyłącznie na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu \*lekarza/ lekarza dentysty na obszarze RP do siedziby ŚIL w Kielcach

.....................................................................

*własnoręczny podpis*

Zaświadczenia:

□ odbiorę osobiście

□ proszę przesłać pocztą na wskazany wyżej adres