**Додаток № 1**

**Заява про надання згоди міністром охорони здоров’я**
**на виконання професії лікаря/стоматолога на території Республіки Польща**
**у конкретній сфері професійної діяльності, на визначений час та місце роботи в**
**суб'єкті, що здійснює медичну діяльність**

Дані заявника:

Стать: жінка/чоловік (вибрати відповідну)

|  |
| --- |
| Ім'я: |
| Прізвище: |
| Дошлюбне прізвище: |
| Дата народження: |
| Місце народження (країна, місце): |
| Громадянство: |
| Назва країни/країн, в якій/яких було отримано кваліфікацію: |
| Контактні дані (адреса для листування, номер телефону, адреса електронної пошти): |

Дані довіреної особи (якщо вона призначена):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Ім'я та прізвище: |
| Адреса для листування/номер телефону/адреса електронної пошти:  |

Отримані кваліфікації:

|  |
| --- |
| Назва закінченого вищого навчального закладу (факультет, напрямок навчання): |
| Отримане професійне звання та документ, що підтверджує закінчення навчального закладу (дата та місце видачі документа): |
| Період навчання у вищому навчальному закладі: |
| Назва звання спеціаліста отриманого не в державі-члені Європейського Союзу: |
| Тривалість навчання за спеціальністю за програмою: |
| Документ, що підтверджує звання спеціаліста (номер, дата та місце видачі): |
| Інші можливі документи: |

Професійний досвід:

|  |
| --- |
| Стаж роботи у якості спеціаліста: |
| Професійний досвід в хронологічному порядку (вкажіть у пунктах, де до цього часу виконувалась робота - місце, посада, трудові відносини):1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |
| Курси та підготовки, пов'язані з кваліфікацією лікаря/стоматолога спеціаліста:1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |

Суб'єкт, де ви маєте намір влаштуватися на роботу на території Республіки Польща:

|  |
| --- |
| Повна назва та адреса суб'єкта, яка здійснює медичну діяльність на території Республіки Польща: |
| Період планового працевлаштування на території Республіки Польща (з ... до ...): |

Дата і підпис………………………………………………

Перелік документів, які необхідно додати:

1. Довідка від суб’єкта, що здійснює медичну діяльність, що містить такі відомості:
2. ім'я та прізвище особи, яку суб'єкт має намір прийняти на роботу,
3. перелік організаційних підрозділів медичного закладу, в яких може працювати лікар-спеціаліст,
4. період планованого працевлаштування,
5. обсяг надання медичних послуг відповідно до отриманого звання спеціаліста з конкретної галузі медицини.

2. Власноруч підписана заява про знання польської мови на рівні достатньому для виконання довіреної сфери професійної діяльності.

3. Заява про наступне: "Усвідомлюючи кримінальну відповідальність за подання неправдивої заяви, заявляю про повну правоздатність" (заява має містити прізвище та ім’я, вказівку місця та дату подання заяви і підпис  лікаря/стоматолога);

4. Документ, виданий лікарем, що підтверджує, що стан здоров’я дозволяє виконувати професію лікаря або стоматолога (документ можна пред’явити протягом 3 місяців з дня його видачі, що означає, що заключення дійсне протягом трьох місяців з дня його видачі).

5. Документ/и, що засвідчують бездоганне етичне ставлення:

a) Заява про наступне: "Усвідомлюючи кримінальну відповідальність за подання неправдивої заяви, я заявляю, що я не засуджувався та не був покараний за умисний злочин або умисний податковий злочин і що проти мене не відкрито кримінальне провадження у справі про умисний злочин або податковий злочин, а також що відсутні обставини, які відповідно до Кодексу медичної етики та інших правових норм, визначених [п. 5 ст. 5](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytgnbvga4dmltqmfyc4nbygazdonjxga) Закону від 5 грудня 1996 р. про професії лікаря та стоматолога, можуть вплинути на виконання професії лікаря чи стоматолога на території Республіки Польща" (у заяві має бути вказано ім'я та прізвище, місце і дата подачі заяви, а також підпис лікаря/стоматолога) або

б) документ, що підтверджує відсутність професійної судимості та відповідність вимогам щодо етичного ставлення, виданий компетентним органом у країні, в якій заявник практикує/виконує свою професію.

6. Документ, виданий компетентним органом, що підтверджує стаж роботи за фахом не менше трьох років на посаді спеціаліста у певній галузі, зазначеній в додатку 1 до Наказу МОЗ від 31 серпня 2020 р. про спеціалізацію лікарів та лікарів-стоматологів (В. З. за 2020 р., позиція 1566), отриманий протягом п'яти років, що безпосередньо передують отриманню довідки, зазначеної в п. 1.

7. Диплом лікаря/стоматолога. Цей документ повинен бути легалізований консулом Республіки Польща, компетентним для країни, на території якої або в системі вищої освіти якої видано цей документ або його апостильовано (якщо документ виданий вищим навчальним закладом, який працює в системі вищої освіти сторони Конвенції, що скасовує вимогу легалізації іноземних офіційних документів, складеної
в Гаазі 5 жовтня 1961 р.). Міністр охорони здоров'я може відмовитися від вимогу легалізації документа або його дубліката та апостиля на документ або дублікат, якщо виконання цього вимогу неможливе або значно ускладнене (стосується абсолютно виняткових ситуацій).

8Документ, що підтверджує присвоєння звання спеціаліста, виданий не в державі-члені Європейського Союзу. Документ повинен бути легалізований консулом Республіки Польща, компетентним для країни, на території якої або в системі вищої освіти якої видано цей документ або його апостильовано (якщо документ виданий вищим навчальним закладом, який працює в системі вищої освіти сторони Конвенції, що скасовує вимогу легалізації іноземних офіційних документів, складеної в Гаазі 5 жовтня 1961 р.). Міністр охорони здоров'я може відмовитися від вимогу легалізації документа або його дубліката та апостиля на документ або дублікат, якщо виконання цього вимогу неможливе або значно ускладнене (стосується абсолютно виняткових ситуацій)

9. Документ, виданий компетентним органом (програма пройденого курсу спеціалізації), що підтверджує проходження курсу спеціалізації, що відповідає за істотними елементами програмі курсу спеціалізації в Республіці Польща.

У цьому документі має бути зазначено, перш за все:

1. кількість проведених медичних процедур,
2. кількість пройдених годин курсу спеціалізації,
3. тематичний обсяг тренінгів/курсів в рамках курсу спеціалізації,
4. додаткові елементи (якщо існують), крім зазначених в пунктах 1-3.

10. Будь-які інші документи, видані компетентним органом, що засвідчують професійну кваліфікацію, яка відповідає обсягу медичних послуг, зазначеному в довідці,
про яку йдеться у п. 1.

1. Якщо не застосовується, залиште це поле порожнім [↑](#footnote-ref-1)