………..……………, dn. ……………….

 (miejscowość, data)

 **Marszałek**

 **Województwa Lubuskiego**

 **ul. Podgórna 7**

 **65-057 Zielona Góra**

**WNIOSEK**

**o wpis do ewidencji uprawnionych lekarzy**

Proszę o wpisanie do ewidencji lekarzy uprawnionych do wykonywania badań lekarskich do kierowania pojazdami oraz wydanie zaświadczenia stwierdzającego uzyskanie uprawnień do przeprowadzania badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami.

**Dane personalne:**

Imię …………………………………………………………………………………..

Nazwisko …………………………………………………………………………………..

Nr PESEL …………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………..

Numer prawa wykonywania zawodu: ……………………………………………………………………………..

Organ wydający prawo wykonywania zwodu: …………………………………………………………………...

Nr ewidencyjny lekarza: ……………………………………………………………………………………………

Nr telefonu:…………………………………………………….……………………………………………………..

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………...

Adres korespondencyjny: …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres jednostki organizacyjnej, w której wykonuję badania**:

1. Nazwa jednostki: ……………………………………………………………………………………….………

Adres: ……………………………………………………………………………………………………..……..

Nr telefonu: ………………………………………………………………………………………………..…….

1. Nazwa jednostki: ………………………………………………………………………………………….……

Adres: ………………………………………………………………………………………………………..…..

Nr telefonu: …………………………………………………………………………………………………..….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail, numeru telefonu oraz adresu korespondencyjnego w celu wymiany korespondencji związanej z ewidencją lekarzy uprawnionych do wykonywania badań lekarskich do kierowania pojazdami.

…………………………………….

(czytelny podpis)

**Do wniosku załączam:**

1. …………………………………………………………………………………………………….…………..

2. ……………………………………………………………………………………………….………………..

3. ………………………………………………………………………………………………………….……..

4. ………………………………………………………………………………………………………….……..

5. ……………………………………………………………………………….……………………….……….

6. ………………………………………………………………………………………………….……………..

7. ………………………………………………………………………………………………………….……..

8. ……………………………………………………………………………………………………….………..

………………………………………

(czytelny podpis)

**Wymagane załączniki:**

1. Kserokopia dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości.
2. Kserokopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia\*.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego co najmniej 5–letni staż w zawodzie lekarza.
5. Kserokopia dyplomu specjalizacji (lub wpisu w prawie wykonywania zawodu).
6. Zaświadczenie o niekaralności prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych lub przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów.
7. Dowód opłaty za wpis do ewidencji.
8. Dowód opłaty skarbowej za wydanie zaświadczenia.

\* tylko w przypadku nieposiadania specjalizacji w zakresie medycyny transportu lub medycyny pracy