

....., 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.

1. Dane personalne:

Imię

Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Nr ewidencyjny lekarza:

2. Adres jednostki organizacyjnej, w której wykonuję badania:

1) Nazwa jednostki:

Adres:

Nr telefonu:

2) Nazwa jednostki:

Adres:

Nr telefonu:

.....

(czytelny podpis)

3. Pozostałe dane:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Adres korespondencyjny:

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)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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. U. UE. L. 119.1 z 04 maja 2016) informuje się co następuje:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Marszałek Województwa Lubuskiego – Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze, ul. Podgórna 7, 65-057 Zielona Góra,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – iodo@lubuskie.pl,
- 3) Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu realizacji zadań Marszałka Województwa Lubuskiego, związanych z prowadzeniem ewidencji lekarzy uprawnionych do wykonywania badań lekarskich do kierowania pojazdami powołania oraz nadzorem nad wykonywaniem badań lekarskich – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz lit. a (w zakresie wymienionym w punkcie 3 Wniosku) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych,
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
 - podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
 - w ramach udostępniania informacji publicznej – dane dotyczące miejsca wykonywania badań lekarskich,
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez czas określony w obowiązujących przepisach prawa,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych, prawo do przenoszenia swoich danych, (prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem),
- 7) ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne jednakże odmowa podania danych może skutkować brakiem podstaw do realizacji procedury wpisania do Ewidencji.

Do wniosku załączam:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Wymagane załączniki:

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

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