nr listy						

UWAGA! wypełniać białe pola pismem drukowanym

KARTA ZGŁOSZENIA
DO DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ

numer prawa wykonywania zawodu	wpis do rejestru izby lekarsko-weterynaryjnej
……. nadaje okręgowa izba lek. - wet.	…….. dzień – miesiąc - rok nr uchwały

1. NAZWISKO

2. NAZWISKO RODOWE

3. IMIONA

4. IMIONA RODZICÓW (ojca i matki)

5. MIEJSCE URODZENIA

6. DATA URODZENIA (rok-miesiąc-dzień) - -

7. PESEL **8. NIP**

9. NARODOWOŚĆ **OBYWATELSTWO**

10. DOKUMENT TOŻSAMOŚCI

numer																						
data wydania i data ważności					-			-			do					-			-		
nazwa organu wydającego																						

11. DYPLOM

data uzyskania i numer					-			-			nr											
nazwa uczelni																						

12. POSIADANY STOPIEŃ NAUKOWY

data uzyskania i numer dyplomu					-			-			nr											
nazwa																						

13. SPECJALIZACJA*

data uzyskania i numer dyplomu					-			-			nr											
nazwa																						

14. RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI

stanowisko pracy/funkcja																						
miejsce pracy																						

15. ADRES ZAMIESZKANIA (nie zameldowania)

Województwo **Powiat**

Miejscowość **kod pocztowy** -

Ulica **nr domu** **nr lokalu**

Nr telefonu - **tel. komórkowy**

16. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli inny niż w p.15)

Województwo **Powiat**

Miejscowość **kod pocztowy** -

Ulica **nr domu** **nr lokalu**

Nr telefonu - **nr tel. kom.**

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

17. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

język	**stopień znajomości**

18. WYKSZTAŁCENIE DODATKOWE/STUDIA/STUDIA PODYPLOMOWE/KURSY*

19. DZIAŁALNOŚĆ W SAMORZĄDZIE LEK. – WET. / DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA*

Zobowiązuję się do uaktualniania danych w terminie do 30 dni od zaistniałej zmiany.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu przez Dolnośląską Izbę Lekarsko – Weterynaryjną oraz Krajową Izbę Lekarsko – Weterynaryjną zgodnie z art. 23 ust. 1-4 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

miejscowość i data

czytelny podpis

*dodatkowe informacje proszę wpisać do załącznika

…….
imię i nazwisko

…….
miejscowość i data

…….

…….
adres

Rada Dolnośląskiej Izby
Lekarsko–Weterynaryjnej
ul. Sopocka 21/2
50-344 Wrocław

1. Uprzejmie proszę o wpisanie mnie do rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej we Wrocławiu i przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii
2. Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód lekarza weterynarii na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej - TAK * / NIE *

……..
podpis

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

…….. ……, dnia ……..
Imię i nazwisko

Świadomy/a odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego - za składanie fałszywych zeznań i ukrywanie prawdy – oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych, a zatem spełniam określony w art. 2 ust. 2 pkt. 3 i 6 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych /tekst jednolity DzU z 2016 r., poz. 1479/ wymóg, niezbędny dla przyznania prawa wykonywania zawodu.

……..
podpis