

483**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2 kwietnia 2010 r.

w sprawie wzoru wniosku o uznanie kwalifikacji i uzyskanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty przedstawianego przez obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej

Na podstawie art. 4c ust. 6 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856) zarządza się, co następuje:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

§ 1. Określa się wzór wniosku o uznanie kwalifikacji i uzyskanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty przedstawianego przez obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2 kwietnia 2010 r. (poz. 483)

WZÓR**WNIOSEK****o uznanie kwalifikacji i uzyskanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty
przedstawiany przez obywatela państwa członkowskiego Unii Europejskiej****I. DANE OSOBOWE**

Pan/Pani (niepotrzebne skreślić)

1. Nazwisko	
2. Imię/imiona	
3. Nazwisko rodowe	
4. Nazwisko używane w dniu wydania dokumentów poświadczających kwalifikacje wnioskodawcy	
5. Data urodzenia	
6. Kraj urodzenia	
7. Miejsce urodzenia	
8. Obywatelstwo	
9. Państwa, w których wnioskodawca uzyskał kwalifikacje do wykonywania zawodu farmaceuty	
10. Adres do korespondencji	Adres pocztowy
	Adres e-mail
	Nr telefonu

II. POSIADANE KWALIFIKACJE**A. Wykształcenie**

Nazwa ukończonej szkoły/wydział/ kierunek/specjalność		
Nazwa dyplomu potwierdzającego wykształcenie		
Uzyskany tytuł (w języku polskim oraz w oryginalnym brzmieniu)		
Data i miejsce wydania dyplomu		
Okres kształcenia zgodnie z programem kształcenia		
Uwagi		

B. Uprawnienia do wykonywania zawodu w państwie członkowskim Unii Europejskiej, w którym wnioskodawca uzyskał dyplom

Nazwa i adres instytucji, która wydała prawo wykonywania zawodu farmaceuty	
Nazwa dokumentu	
Data i miejsce wydania	
Numer w rejestrze farmaceutów	
Termin ważności dokumentu	

C. Ukończone szkolenia lub posiadane specjalizacje

Nazwa szkolenia lub specjalizacji		
Nazwa instytucji, która przeprowadziła szkolenie lub specjalizację		
Miejsce (miejscowość, kraj)		
Rodzaj szkolenia lub specjalizacji		
Czas trwania lub wymiar godzin szkolenia lub specjalizacji		
Nazwa dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia lub specjalizacji, data i miejsce wystawienia		

Nazwa szkolenia lub specjalizacji		
Nazwa instytucji, która zorganizowała szkolenie lub specjalizację		
Miejsce (miejscowość, kraj)		
Rodzaj szkolenia lub specjalizacji		
Czas trwania lub wymiar godzin szkolenia lub specjalizacji		
Nazwa dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia lub specjalizacji, data i miejsce wystawienia		

III. PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ

Nazwa zakładu pracy, miejsowość, kraj		
Okres zatrudnienia		
Rodzaj umowy		
Wymiar czasu pracy		
Zajmowane stanowisko (w języku polskim oraz w oryginalnym brzmieniu)		

Nazwa zakładu pracy, miejsowość, kraj		
Okres zatrudnienia		
Rodzaj umowy		
Wymiar czasu pracy		
Zajmowane stanowisko (w języku polskim oraz w oryginalnym brzmieniu)		

**IV. INFORMACJE O UZNANIU KWALIFIKACJI DO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY
W INNYCH PAŃSTWACH CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ**

Nazwa właściwego organu, który uznał kwalifikacje do wykonywania zawodu farmaceuty		
Kraj i miejscowość		
Data uznania		

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTAWY ETYCZNEJ FARMACEUTY*

1) Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani karany/a za umyślne przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu?	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli nie uległo zatarciu	Nie <input type="checkbox"/>
2) Czy na podstawie orzeczenia sądu lub w wyniku postępowania dyscyplinarnego:		
a) odebrano Panu/Pani prawo wykonywania zawodu?	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli nie uległo zatarciu	Nie <input type="checkbox"/>
b) zawieszono Panu/Pani prawo wykonywania zawodu?	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli nie uległo zatarciu	Nie <input type="checkbox"/>

VI. ZAŁĄCZNIKI**Do wniosku załączam następujące dokumenty:**

- 1) dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe do wykonywania zawodu farmaceuty**;
- 2) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 3) oświadczenie o znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty;
- 4) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 5) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty lub inny dokument, o którym mowa w art. 4c ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856);
- 6) dokument potwierdzający, że wnioskodawca nie był skazany za umyślne przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu lub inny dokument, o którym mowa w art. 4c ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich;
- 7) inne

* Oświadczenia składane w części V dotyczą obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, w których nie są wydawane dokumenty potwierdzające wymagania określone w art. 4 ust. 1 pkt 4 — zgodnie z art. 4c ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856).

** Uwierzytelnione kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem na język polski.

VII. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach są prawdziwe.

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(podpis wnioskodawcy)