……..………, dnia ………………

**Marszałek Województwa Łódzkiego**

za pośrednictwem

**Departamentu Polityki Zdrowotnej**

**Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego**

**90-051 Łódź, Al. Piłsudskiego 8**

WNIOSEK O WPIS DO EWIDENCJI

Na podstawie art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami wnoszę o wpisanie do ewidencji uprawnionych lekarzy do przeprowadzania badań w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, prowadzonej przez Marszałka Województwa Łódzkiego.

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko lekarza |  |
| numer PESEL¹ |  |
| datę i miejsce urodzenia |  |
| adres zamieszkania |  |
| numer prawa wykonywania zawodu lekarza |  |
| nazwa i adres jednostki organizacyjnej, w której przeprowadzane będą badania² |  |
| prawo do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w przepisach Kodeksu Pracy | **Tak, posiadam**\* (niepotrzebne skreślić)  (wówczas trzeba dołączyć potwierdzenie o posiadaniu prawa do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w Kodeksie pracy, wydane przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy) |
| **Nie, nie posiadam**\* (niepotrzebne skreślić) |

¹ w przypadku osoby nieposiadającej numer PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które ten dokument wydało.

² w przypadku przeprowadzania badań w kilku placówkach, należy podać nazwę i adres każdej placówki.

W celu ułatwienia kontaktu z wnioskodawcą proszę o podanie nr telefon bądź adresu e-mail

………………………………………………………………………………………………………………………...

**Administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Łódzkiego. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych, w związku z przepisami ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Macie prawo Państwo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, sporządzania ich kopii oraz prawo ich sprostowania jeżeli są niezgodne ze stanem rzeczywistym, Klauzula informacyjna jest dostępna na stronie www.bip.lodzkie.pl/departament-polityki-zdrowotnej/ewidencje**.

……………………………………………

podpis lekarza

Pouczenie:

Do wniosku należy załączyć:

1. dokumenty potwierdzające:

* prawo wykonywania zawodu lekarza (wszystkie wpisy),
* co najmniej 5-letni staż w zawodzie lekarza (*np.: świadectwa pracy lub zaświadczenie   
  od aktualnego pracodawcy bądź oświadczenie o prowadzeniu własnej działalności gospodarczej wraz z podaniem nr NIP / Regon umożliwiających identyfikację przedmiotowej działalności   
  w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej*),
* nabycie uprawnień do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w art. 75ustawy   
  z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami,

1. oświadczenie lekarza (do pobrania),
2. potwierdzenie o posiadaniu prawa do przeprowadzania badań lekarskich, o których mowa w przepisach Kodeksu pracy, wydane przez wojewódzki ośrodek medycyny pracy (jeśli dotyczy),
3. dowód uiszczenia za wpis do ewidencji uprawnionych lekarzy (oryginał).

**Wszelkie kserokopie dokumentów muszą zostać poświadczone za zgodność z oryginałem**