

## WNIOSEK

**o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty przedstawiany przez osobę posiadającą dyplom wydany przez państwo inne niż państwo członkowskie 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 innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, w którym wnioskodawca uzyskał dyplom**

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

**C. Ukończone szkolenia lub posiadane specjalizacje**

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

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

### 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	<input type="checkbox"/> Nie
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	<input type="checkbox"/> Nie
b) zawieszono Panu/Pani prawo wykonywania zawodu?	<input type="checkbox"/> Tak, jeżeli nie uległo zatarciu	<input type="checkbox"/> Nie

## VI. ZAŁĄCZNIKI

### Do wniosku załączam następujące dokumenty:

- 1) dokumenty zawierające następujące informacje: imię (imiona) i nazwisko, obywatelstwo (obywatelstwa), adres do korespondencji, datę i miejsce urodzenia, posiadane przez nią kwalifikacje oraz informacje odnoszące się do wykonywania zawodu farmaceuty (kopia dowodu osobistego lub paszportu);
- 2) dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji – potwierdzoną notarialnie kopię dyplomu wraz z jego tłumaczeniem na j. polski przez tłumacza przysięgłego wraz z potwierdzeniem pomyślnego zakończenia procedury nostryfikacji lub zaświadczeniem o zdaniu FEW;
- 3) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 4) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty
- 5) dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu farmaceuty, z uwzględnieniem art. 13 ust. 2 - - dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu farmaceuty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w szczególności - zaświadczenie o zdanym egzaminie z j. polskiego, przeprowadzonym w NIA;
- 6) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 7) oświadczenie, że osoba nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe;
- 8) 2 zdjęcia paszportowe w wersji elektronicznej.

#### **Wymagania do zdjęć:**

- zdjęcie kolorowe do dowodu lub paszportu w formacie 35 x 45 mm
- format pliku .jpg

Zdjęcia muszą być wykonane zgodnie z poniższymi wytycznymi MSWiA:

<https://www.gov.pl/web/gov/zdjecie-do-dowodu-lub-paszportu>

## VII. OŚWIADCZENIE

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

.....

(miejscowość i data)

.....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

(podpis wnioskodawcy)