Załącznik do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa

Wyższego z dnia 18 lipca 2016 r. (poz. 1156)

**OŚWIADCZENIE**

**o zamiarze świadczenia usługi transgranicznej na terytorium**

**Rzeczypospolitej Polskiej1)**

1. **Dane usługodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAN | |  | | --- | |  | | PANI | |  | | --- | |  | | 2) |

Imię (imiona): ..............................................................................................................................

Nazwisko: ....................................................................................................................................

Nazwisko rodowe: .......................................................................................................................

Obywatelstwo: .............................................................................................................................

Data urodzenia: dzień .......................... miesiąc ................................ rok .................................

Miejsce urodzenia: państwo ........................................ miejscowość .........................................

Państwo usługodawcy: ................................................................................................................

Nazwa zawodu regulowanego/działalności regulowanej wykonywanej w państwie usługodawcy (w języku państwa usługodawcy i w języku polskim):

......................................................................................................................................................

**Dane do kontaktu w państwie usługodawcy**

Adres: ..........................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Numer telefonu (z numerem kierunkowym państwa i miejscowości):

......................................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, w języku polskim, jeśli nie wskazano inaczej.
2. Zaznaczyć właściwe.

Faks (z numerem kierunkowym państwa i miejscowości):

......................................................................................................................................................

E-mail: .........................................................................................................................................

**Dane do kontaktu w Rzeczypospolitej Polskiej3)**

Adres: ..........................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Numer telefonu (z numerem kierunkowym miejscowości):

......................................................................................................................................................

Faks (z numerem kierunkowym miejscowości):

......................................................................................................................................................

E-mail: .........................................................................................................................................

1. **Oświadczenie o zamiarze świadczenia usługi transgranicznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

OŚWIADCZAM, ŻE W ROKU ............................... ZAMIERZAM ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ

TRANSGRANICZNĄ NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ   
W ZAWODZIE REGULOWANYM/DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ

......................................................................................................................................................

*(nazwa zawodu regulowanego/działalności regulowanej w Rzeczypospolitej Polskiej)*

OŚWIADCZENIE SKŁADAM:2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PO RAZ PIERWSZY | |  | | --- | |  | |
| PONOWNIE | |  | | --- | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wpisać w przypadku, gdy jest możliwe podanie danych do kontaktu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

OŚWIADCZAM, ŻE W ODNIESIENIU DO STANU POTWIERDZONEGO DOKUMENTAMI DOŁĄCZONYMI DO POPRZEDNIEGO OŚWIADCZENIA Z DNIA

.......................................................4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZASZŁA | |  | | --- | |  | |
| NIE ZASZŁA | |  | | --- | |  | |

ISTOTNA ZMIANA STANU POTWIERDZONEGO TYMI DOKUMENTAMI.

**III. Informacja o posiadanej polisie ubezpieczeniowej lub innych środkach indywidualnego albo zbiorowego ubezpieczenia**

POSIADAM POLISĘ UBEZPIECZENIOWĄ LUB INNY ŚRODEK INDYWIDUALNEGO

ALBO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM DANEGO ZAWODU REGULOWANEGO/DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ, WYMAGANE NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ:2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TAK | |  | | --- | |  | |

Nazwa ubezpieczyciela: ............................................................................................................

Numer polisy ubezpieczeniowej lub innego środka indywidualnego albo zbiorowego

ubezpieczenia: ..............................................................................................………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NIE | |  | | --- | |  | |
| NIE DOTYCZY5) | |  | | --- | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wpisać datę poprzedniego oświadczenia i zaznaczyć właściwe w przypadku, gdy oświadczenie przedkładane jest ponownie. Przez dokumenty dołączone do poprzedniego oświadczenia należy rozumieć także dokumenty, które były aktualizowane lub uzupełniane w okresie od daty poprzedniego oświadczenia do daty niniejszego oświadczenia.
2. Zaznaczyć tylko w przypadku, gdy przepisy regulacyjne nie nakładają obowiązku posiadania polisy ubezpieczeniowej lub innego środka indywidualnego albo zbiorowego ubezpieczenia w związku   
   z wykonywaniem danego zawodu regulowanego albo działalności regulowanej w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. **Wykaz dokumentów dołączonych do oświadczenia** 6)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dokument potwierdzający obywatelstwo usługodawcy |  |
| 1. Zaświadczenie, że usługodawca wykonuje zawód regulowany albo działalność regulowaną zgodnie z prawem w państwie usługodawcy oraz że nie obowiązuje go zakaz – nawet czasowy – wykonywania tego zawodu albo tej działalności |  |
| 3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe usługodawcy:7)  1) ......................................................................................................................  2) ......................................................................................................................  3) ......................................................................................................................  4) ......................................................................................................................  5) ......................................................................................................................  ......................................................................................................................  ...................................................................................................................... |  |
| 4. Dokument potwierdzający wykonywanie przez usługodawcę danego zawodu regulowanego albo danej działalności regulowanej przez co najmniej rok w okresie ostatnich dziesięciu lat albo ukończenie kształcenia regulowanego8) |  |
| 5. ZAŚWIADCZENIE O BRAKU ZAWIESZENIA PRAWA WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ LUB  O NIEKARALNOŚCI9) |  |
| 6. Oświadczenie potwierdzające znajomość języka polskiego w stopniu niezbędnym do wykonywania zawodu regulowanego10) |  |
| 7. Zaświadczenie określające charakter, okres i rodzaj wykonywanej działalności regulowanej, wydane przez państwo usługodawcy11) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. W przypadku gdy ich dołączenie do oświadczenia może być wymagane przez właściwy organ zgodnie z art. 33 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 65). W przypadku dołączenia do oświadczenia dokumentów wymienionych w poz. 2–5 i 7 należy je złożyć w języku polskim albo w innym języku wraz z tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego prowadzącego działalność w Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim. Wpisać znak „X” w odpowiedniej pozycji w wykazie w kolumnie po prawej stronie w przypadku, gdy dany dokument jest dołączony do oświadczenia (dotyczy poz. 1–2, 4–7).
2. Wpisać nazwę każdego dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe usługodawcy dołączonego do oświadczenia (świadectwa, dyplomy, inne dokumenty).
3. Dołączenie tego dokumentu może być wymagane przez właściwy organ w przypadku, o którym mowa w art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (czyli w przypadku, gdy zawód albo działalność nie są regulowane w państwie usługodawcy).
4. Dołączenie tego dokumentu może być wymagane przez właściwy organ, jeżeli jest wymagane od obywateli polskich zamierzających wykonywać zawód regulowany albo działalność regulowaną związane z bezpieczeństwem publicznym, służbą zdrowia albo edukacją osób małoletnich, w tym opieką nad dziećmi i wczesną edukacją.
5. Dołączenie tego dokumentu może być wymagane przez właściwy organ w przypadku zawodów mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.
6. Dołączenie tego dokumentu może być wymagane przez właściwy organ w przypadku działalności związanych ze zdrowiem lub bezpieczeństwem publicznym.

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.**

.............................................................. .........................................................................

*(miejscowość i data) (podpis usługodawcy)*