

OŚWIADCZENIE
O ZAMIARZE PODJĘCIA CZYNNOŚCI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
W TRYBIE ART. 14 UST. 1A USTAWY O DIAGNOSTYCE LABORATORYJNEJ
(t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2061 ze zm.)

Imię: _____

Nazwisko: _____

Numer PWZDL: _____

Oświadczam, że w związku z niewykonywaniem przeze mnie czynności diagnostyki laboratoryjnej przez okres dłuższy niż 5 lat, zamierzam podjąć wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego w trybie art. 14 ust. 1a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2061 ze zm.), to jest udzielać świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innego diagnosty laboratoryjnego przez okres minimum 3 miesięcy w wymiarze czasu pracy odpowiadającemu 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym _____, o numerze wpisu do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych _____ adres _____.

Rozpoczęcie wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego w trybie powyżej wskazanym rozpocznie się w dniu _____.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy/łyśmy się z Rekomendacjami Komisji Nadzorującej Przeszkolenie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dotyczącymi stosowania art. 14 ust. 1a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2061 ze zm.), zamieszczonymi na stronie <https://kidl.org.pl/>.

1. Kierownikiem medycznego laboratorium diagnostycznego wskazanego powyżej jest: _____, numer PWZDL: _____, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie _____,
2. Diagnostą laboratoryjnym, który będzie nadzorował udzielanie przeze mnie świadczeń zdrowotnych będzie: _____ numer PWZDL: _____, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie _____.

Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych w celu przeprowadzenia procedury, o której mowa w art. 14 ust. 1a ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2061 ze zm.) oraz że dane osobowe będą przetwarzane przez okres związany z wykonywaniem zawodu diagnosty laboratoryjnego, przez diagnostę laboratoryjnego powracającego do zawodu.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy/liśmy się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, dostępną pod adresem <https://kidl.org.pl/file/file/get?id=2792>.

Podpis kierownika MLD

Podpis diagnosty laboratoryjnego nadzorującego

Podpis diagnosty laboratoryjnego powracającego do zawodu

data i miejsce złożenia oświadczenia