

Warszawa, dnia 5 listopada 2019 r.

Poz. 2129

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 11 października 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów**

Na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. poz. 602) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 35 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. Duplikat dyplomu PES jest oznaczony pieczęcią albo naklejką, albo nadrukiem o treści „Duplikat”.

7. Odpis dyplomu PES jest drukowany na miękkim papierze z napisem „Odpis” oraz sygnowany pieczęcią albo naklejką, albo nadrukiem „Za zgodność z oryginałem” i podpisem dyrektora CEM oraz imienną pieczęcią albo naklejką, albo nadrukiem zawierającymi: imię i nazwisko oraz oznaczenie funkcji dyrektora CEM.”;

2) załącznik nr 14 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

3) załącznik nr 15 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

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

Minister Zdrowia: *wz. J. Cieszyński*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2129)

**Załącznik nr 1****DYPLOM**

Pani/Pan ..... urodzona(-ny) .....

w .....

posiadająca(-cy) obywatelstwo .....

oraz prawo wykonywania zawodu lekarza / prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na  
terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr ..... wydane przez .....

w dniu ..... po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem

Pani/Pana .....

i spełnieniu przesłanek określonych w art. 16ra ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.  
o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.)

uzyskał(a) tytuł specjalisty w dziedzinie .....

pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych .....

podpis Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych i jego pieczęć albo nadruk, albo  
naklejka zawierające: imię i nazwisko oraz funkcję Dyrektora Centrum Egzaminów  
Medycznych .....

miejsce i data wydania dyplomu .....

numer dyplomu .....

**DYPLOM**

Pani/Pan ..... urodzona(-ny) .....

w .....

posiadająca(-cy) obywatelstwo .....

oraz prawo wykonywania zawodu lekarza / prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nr ..... wydane przez .....

w dniu ..... po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana .....

i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z oceną .....

w dniu ..... przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, z późn. zm.)

uzyskał(a) tytuł specjalisty w dziedzinie .....

pieczęć okrągła Centrum Egzaminów Medycznych .....

podpis Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych i jego pieczęć albo nadruk, albo naklejka zawierające: imię i nazwisko oraz funkcję Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych .....

miejsce i data wydania dyplomu .....

numer dyplomu .....