

Wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Nazwisko rodowe
3. Data i miejsce urodzenia
4. Płeć
5. Numer PESEL¹
6. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”²
7. Obywatelstwo (obywatelstwa)
8. Adres do korespondencji
9. Numer telefonu
10. e-mail:
11. Rodzaj i cechy dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.....
.....
12. Posiadany stopień naukowynadany przez
.....
.....w dniu
13. Posiadany tytuł naukowy
14. Okres zatrudnienia w zawodzie
15. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu)

.....

(data) (podpis wnioskodawcy)

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać: nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania.

² Zgodnie z art. 143 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994) osoby, które w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy spełniają łącznie warunki określone w art. 13 ust. 1 pkt 1-5, stają się fizjoterapeutami i przysługuje im prawo wykonywania zawodu. Osoby, te mogą wykonywać zawód fizjoterapeuty w okresie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy bez uzyskania wpisu do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów.

16. Informuję, że będę odbywał/a specjalizację na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1994) oraz aktów wykonawczych wynikających z tej ustawy oraz zobowiązuję się do rozpoczęcia, odbywania i zakończenia specjalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

17. Oświadczam, iż przystępuję do postępowania kwalifikacyjnego w dziedzinie fizjoterapii w jednym województwie.

.....

(data) (podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołącza się:

1. Odpis dyplomu ukończenia uczelni wyższej,
2. Dokument potwierdzający uzyskanie stopnia naukowego doktora,
3. Dokument potwierdzający okres zatrudnienia w zawodzie,
4. Oświadczenie dotyczące rodzaju publikacji,
5. Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia podyplomowego z zakresu fizjoterapii z wyszczególnieniem liczby godzin szkolenia.

19. Wynik postępowania kwalifikacyjnego

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

.....

(data) (podpis i pieczęć wojewody albo osoby przez niego upoważnionej)