

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 naukowy.....nadany przez
.....
..... w dniu
13. Posiadany tytuł naukowy
14. Okres zatrudnienia w zawodzie
15. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu).....

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹W 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)