**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 PESEL[[1]](#footnote-1) .......................................................................................................................................

6. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”[[2]](#footnote-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)

16. Informuję, że będę odbywał/a specjalizację na podstawie ustawy z dnia 25 września 2015 r.
(Dz. U. z 2019 r. poz. 952) 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,**
6. **Klauzula informacyjna RODO.**

18. Wynik postępowania kwalifikacyjnego ...............................................................................................

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

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

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

1. W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać: nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z art. 143 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r.
poz. 952) 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. [↑](#footnote-ref-2)