**Wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii**

Numer wniosku …………………….

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. Data wydania i numer dyplomu uczelni wyższej ………………………………………………………………………………

13. Posiadany stopień naukowy ………….................................................................................…………………. nadany przez ……………………………………………………………………………………..….. w dniu ..................................

14. Posiadane specjalizacje dziedzina ……………….……..………………………………… stopień …………………………. data i numer dyplomu …………………………………… wydany przez ………………………………………………..…………….

15. Okres zatrudnienia w zawodzie fizjoterapeuty, w pełnym wymiarze czasu pracy (zaświadczenie w załączeniu) .............................................................................................................................................

16. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu) ……………………………………………………..…….………………

 a) liczba podręczników naukowych z zakresu fizjoterapii ……………………………………………………………...

 b) liczba artykułów naukowych z zakresu fizjoterapii …………………………………………………………………….

17. Liczba godzin szkolenia podyplomowego z zakresu fizjoterapii (zaświadczenie w załączeniu) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenia:**

1. 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.
2. Oświadczam, iż przystępuję do postępowania kwalifikacyjnego w dziedzinie fizjoterapii w jednym województwie.

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

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

Pouczenie:

W przypadku braków formalnych dotyczących wniosku fizjoterapeuta jest wzywany do ich uzupełnienia w terminie **7 dni od doręczenia wezwania**. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiony bez rozpoznania.

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

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wynik postępowania kwalifikacyjnego:**

 a) uzyskana punktacja ……………………….................................................................................................

 b) kwalifikacja *......................................................................................................................................*

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

 (data) (podpis i pieczątka wojewody)

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. 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. [↑](#footnote-ref-2)