Lublin, dnia 

**Do Wojewody Lubelskiego**

**Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie**

**WNIOSEK**

**O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

**W DZIEDZINIE FIZJOTERAPII**[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię (imiona) i nazwisko wnioskodawcy** |  |
| 2. | **Nazwisko rodowe** |  |
| 3. | **Miejsce i data urodzenia** |  |
| 4. | **Płeć** |  |
| 5. | **Numer PESEL[[2]](#footnote-2)** |  |
| 6. | **Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”3** |  |
| 7. | **Obywatelstwo (obywatelstwa)** |  |
| 8. | **Adres do korespondencji** |  |
| 9. | **Numer telefonu** |  |
| 10. | **Adres poczty elektronicznej e-mail** |  |
| 11. | **Rodzaj i cechy dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej4** |  |
| 12. | **Posiadany stopień naukowy lub tytuł naukowy**  (nadany przez………..w dniu….). |  |
| 13. | **Okres zatrudnienia w zawodzie fizjoterapeuty** |  |
| 14. | **Liczba publikacji** (wykaz publikacji wraz  z oświadczeniem dotyczącym rodzaju publikacji stanowi załącznik nr 5) |  |

**Wnioskuję o rozpoczęcie szkolenia w dziedzinie fizjoterapii w jednostce:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informuję, że będę odbywał/a specjalizację w trybie\*:**

1. umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo określony czasem specjalizacji z podmiotem, który uzyskał akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego i płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na podstawie odrębnych przepisów lub urlopu bezpłatnego udzielonego na czas realizacji kursów i staży kierunkowych w oparciu o zasady określone w umowie, o której mowa w ust. 2, albo
2. umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony albo określony okresem specjalizacji z innym podmiotem niż określony w pkt 1   
   i płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na podstawie odrębnych przepisów na czas realizacji podstawowego stażu specjalizacyjnego, kursów i staży kierunkowych w oparciu o zasady określone w umowie, o której mowa w ust. 2, albo
3. umowy zawartej na okres specjalizacji z podmiotem, o którym mowa w pkt l, albo
4. poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji zgodny z kierunkiem tych studiów.

\*właściwe podkreślić

……………………..

(data i podpis wnioskodawcy)

**Do wniosku dołącza się:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa załącznika. | Liczba egzemplarzy |
| 1 | Odpis dyplomu ukończenia uczelni wyższej |  |
| 2 | Dokument potwierdzający okres zatrudnienia w zawodzie |  |
| 3 | Dokument potwierdzający uzyskanie stopnia naukowego doktora (jeśli dotyczy) |  |
| 4 | Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia podyplomowego z zakresu fizjoterapii z wyszczególnieniem liczby godzin szkolenia. |  |
| 5 | Oświadczenie dotyczące rodzaju publikacji (składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań) |  |
| 6 | Oświadczenie o złożeniu wniosku o rozpoczęciu specjalizacji tylko w jednym województwie – lubelskim (art. 40 ust.8) |  |
| 7 | Oświadczenie o nieodbywaniu innej specjalizacji (art. 41 ust. 13 ustawy) |  |
| 8 | Oświadczenie o wymiarze czasu pracy w okresie odbywania szkolenia specjalizacyjnego (art. 44 ust. 3 i 4 ustawy) |  |
| 9 | Klauzula informacyjna. |  |
| 10 | Inne dokumenty (proszę wskazać, jakie) ………………………………………………………………………….. |  |

(data i 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. |

# **Wynik postępowania kwalifikacyjnego z dnia**

|  |  |
| --- | --- |
| UZYSKANA PUNKTACJA |  |
| KWALIFIKACJA |  |

…………………………………………………………...

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

# Załącznik nr 5 (wzór)

**Oświadczenie dotyczące rodzaju publikacji**

1.Niniejszym oświadczam, że moja publikacja pt.:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

należy do rodzaju

……………………………………………………………………………………………………

1. Niniejszym oświadczam, że moja publikacja pt.:

………………………………………………………………………………………………. ..….……………………………………………………………………………………………

należy do rodzaju …………………………………………………………………………………………………

1. Niniejszym oświadczam, że moja publikacja pt.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

należy do rodzaju

……………………………………………………………………………………………………

……………………………

podpis fizjoterapeuty



Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………

podpis fizjoterapeuty



# Załącznik nr 6 (wzór)

## **Oświadczenie o złożeniu wniosku o rozpoczęciu specjalizacji**

Oświadczam, że wniosek o rozpoczęcie specjalizacji do postępowania kwalifikacyjnego składam tylko w województwie lubelskim.

……………………………

podpis fizjoterapeuty



# Załącznik nr 7 (wzór)

## **Oświadczenie o nieodbywaniu innej specjalizacji**

Oświadczam, że aktualnie: — nie odbywam żadnej specjalizacji, — zostałam/em poinformowana/y, że w tym samym czasie można odbywać tylko jedno szkolenie specjalizacyjne.

……………………………

podpis fizjoterapeuty

# Załącznik nr 8 (wzór)

**Oświadczenie o wymiarze czasu pracy w okresie odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y że fizjoterapeuta odbywa szkolenie specjalizacyjne przez cały jego okres w pełnym wymiarze czasu pracy fizjoterapeuty zatrudnionego w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce właściwej dla dziedziny fizjoterapii, — jeżeli fizjoterapeuta pracuje w krótszym wymiarze czasu pracy, okres szkolenia specjalizacyjnego ulega proporcjonalnemu wydłużeniu.

……………………………

podpis fizjoterapeuty

# Załącznik nr 9 (wzór)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Lubelski, którego siedzibą jest Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie, ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin, email: pok@lublin.uw.gov.pl
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Lubelskim Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie: [iod@lublin.uw.gov.pl](mailto:iod@lublin.uw.gov.pl) lub listownie na adres: Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie ul. Spokojna 4, 20-914 Lublin.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
4. realizacji zadań dotyczących szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty,
5. wykonania obowiązku prawnego na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO wynikającego   
    z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione   
   na podstawie przepisów prawa (m.in. Policja, Prokuratura, Sąd) oraz podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do osiągnięcia wskazanych powyżej celów, dla których zostały zebrane oraz przez okres wynikający z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - kat. arch. BE 50.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych i uzyskania ich kopii, prawo żądania ich sprostowania, w przypadkach określonych przepisami prawa ma Pani/Pan prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych, przeniesienia danych do innego administratora i usunięcia danych.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, jeśli ma to uzasadnienie i nie jest sprzeczne z przepisami prawa.
11. Ma Pani/Pan prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.
12. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Bez podania tych danych Pani/Pana sprawa nie zostanie rozpatrzona.
13. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

Klauzulę informacyjną otrzymałam/em

……………………………………………

Data i czytelny podpis fizjoterapeuty

1. 1 Podstawa prawna: ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2023 r., poz.1213 ze.zm.), art. 40, 41, 44. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj jego wydania.

   3 Zgodnie z art. 143 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1213 ze.zm.) 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.

   4 Dotyczy cudzoziemców spoza Unii Europejskiej. [↑](#footnote-ref-2)