**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” ....................................................

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.   
   t.j. z dnia 12 kwietnia 2019 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.
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)