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

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

15. Liczba publikacji (oświadczenie dotyczące rodzaju 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)

18**.** Lista jednostek szkolących wg preferencji:

I. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

II. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczenie:**

1. 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 **drogą elektroniczną** do ich uzupełnienia w terminie **7 dni od doręczenia wezwania**. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiony bez rozpoznania.

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

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

1. W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać: nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania. [↑](#footnote-ref-1)