**Do
Wojewody Małopolskiego**

**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 fizjoterapeuty ...................................................................................

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

……………………., dnia ………………… ……………………………………………

 *podpis*

**Oświadczenia:**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu karnego: *„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”,* **oświadczam, że**:

* przystępuję do postepowania kwalifikacyjnego w dziedzinie fizjoterapii w jednym województwie;
* aktualnie nie odbywam żadnej specjalizacji
* **posiadam/nie posiadam**\* specjalizację I stopnia w zakresie rehabilitacji ruchowej

……………………., dnia ………………… ……………………………………………

 *Podpis*

\*niepotrzebne skreślić

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji szkolenia specjalizacyjnego**, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku *o ochronie danych osobowych* (Dz.U.2016.922 j.t.) Dane osobowe będą przetwarzane przez Wojewodę Małopolskiego (ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków) i mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu realizacji szkolenia specjalizacyjnego. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

……………………., dnia ………………… ……………………………………………

 *podpis*

W przypadku zakwalifikowania się na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie fizjoterapii, **wyrażam zgodę na przekazanie moich danych kontaktowych (adres, numer telefonu, e-mail) jednostce szkolącej.**

……………………., dnia ………………… ……………………………………………

 *podpis*

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 2018 r. poz. 505 t.j.) 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)