

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 PESEL¹
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)

Lista jednostek szkolących wg preferencji:

- I.
- II.

¹ W przypadku braku numeru PESEL należy wpisać: nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz kraj jego wydania.

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

UWAGA:

W przypadku braków formalnych dotyczących wniosku fizjoterapeuty jest informowany **za pomocą poczty elektronicznej (e-mail)** o niezwłoczne uzupełnienie. Brak kompletnych dokumentów będzie skutkowało pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Informacja o prywatności

Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych, zwanym dalej „RODO” informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Wielkopolski z siedzibą w Poznaniu przy al. Niepodległości 16/18, 61-713 Poznań, tel. 61 854 10 00, mail: wuw@poznan.uw.gov.pl
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi można kontaktować się z inspektorem ochrony danych w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu pod adresem: iod@poznan.uw.gov.pl
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskania tytułu specjalisty przez fizjoterapeutów, w celu realizacji zadań związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym do rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii oraz w przypadku zakwalifikowania się do rozpoczęcia specjalizacji, w celu prowadzenia spraw dotyczących szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, którymi mogą być:
a. podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; b. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. Zgodnie z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz RODO, przysługuje Pani/Panu prawo: a. dostępu do treści danych oraz otrzymania ich kopii, b. do sprostowania danych, c. do przenoszenia danych, d. do ograniczenia przetwarzania danych.
7. Ponadto przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do prowadzenia sprawy w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim w Poznaniu.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
10. Pani/Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również profilowaniu.

Wraz z wnioskiem składam następujące załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Liczba egzemplarzy
1	Dyplom ukończenia uczelni wyższej (odpis lub kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez organ, który wydał dokument lub przez notariusza).	
2	Dokument potwierdzający uzyskanie stopnia naukowego doktora, jeżeli dotyczy.	
3	Dokument potwierdzający okres zatrudnienia w zawodzie fizjoterapeuty w pełnym wymiarze czasu pracy - aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu lub świadectwo pracy potwierdzające okres zatrudnienia w wymiarze całego etatu oraz zajmowane stanowisko (umowy o pracę nie są honorowane).	
4	Oświadczenie, dotyczące prowadzenia własnej działalności, jeżeli dotyczy.	
5	Oświadczenie dotyczące rodzaju publikacji zawierające klauzulę „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.	
6	Kopie zaświadczeń i certyfikatów potwierdzających ukończenie szkoleń podyplomowych z zakresu fizjoterapii wraz z ich wykazem. W przypadku posiadania zaświadczeń sporządzonych w języku obcym proszę dołączyć ich tłumaczenia na język polski.	

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że prowadząc działalność gospodarczą w zawodzie fizjoterapeuty
pod nazwą

NIP REGON wykonuję ww. zawód w wymiarze
czasu pracy odpowiadającemu co najmniej równoważnikowi 1 etatu od dnia
do dnia

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
data i czytelny podpis

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE RODZAJU PUBLIKACJI

Oświadczam, że opublikowałem/am jako autor lub współautor:

1. Podręczniki naukowe z zakresu fizjoterapii:

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

2. Artykuły naukowe z zakresu fizjoterapii w czasopiśmie recenzowanym:

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

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
data i czytelny podpis

Wykaz dokumentów o ukończonych **szkoleniach podyplomowych z zakresu fizjoterapii** (studia podyplomowe, kursy/szkolenia z zakresu fizjoterapii mające na celu podnoszenie kwalifikacji zawodowych).

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Lp.	Organizator szkolenia	Nazwa szkolenia	Termin (data od-do)	Liczba godzin
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
			Suma godzin	