

1	<b>Imię i nazwisko: Kierownika lub Koordynatora Placówki ubiegającej się o certyfikację</b>				
	..... ..... .....				
2	<b>Data urodzenia</b>				
	..... .....				
3	<b>Adres zamieszkania</b>				
	..... ..... .....				
4	<b>Wykształcenie</b> (proszę zakreślić właściwe)				
	<input type="checkbox"/> technik	<input type="checkbox"/> licencjat	<input type="checkbox"/> magister	<input type="checkbox"/> specjalista	<input type="checkbox"/> doktor
5	<b>Wykształcenie</b> (proszę podać: nazwę ukończonej szkoły/uczelni oraz rok jej ukończenia)				
	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				
6	<b>Doświadczenie zawodowe - minimum 5 lat</b> (proszę podać udokumentowane: miejsca pracy oraz ilość przepracowanych miesięcy)				
	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				
7	<b>Szkolenia i kursy podyplomowe, kierunkowe z fizjoterapii *</b> należy udokumentować minimum: 400 godzin - osoby z tytułem technika lub licencjata / 250 godzin - osoby z tytułem magistra (proszę podać: nazwę kursu/szkolenia, nazwę organizatora oraz ilość zaliczonych godzin nauki)				
	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				

