

do Wniosku o udzielenie certyfikacji (dla Placówki)

1	Imię i nazwisko: Kierownika lub Koordynatora Placówki ubiegającej się o certyfikację				
				
2	Numer Prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty (PWZFz)				
				
3	Adres zamieszkania				
				
4	Wykształcenie (proszę zakreślić właściwe)				
	<table border="1"><tr><td>technik</td><td>licencjat</td><td>magister</td><td>specjalista</td><td>doktor</td></tr></table>	technik	licencjat	magister	specjalista
technik	licencjat	magister	specjalista	doktor	
5	Wykształcenie (proszę podać: nazwę ukończonej szkoły/uczelni oraz rok jej ukończenia)				
				
6	Doświadczenie zawodowe - minimum 5 lat (proszę podać udokumentowane: miejsca pracy oraz ilość przepracowanych miesięcy)				
				
7	Szkolenia i kursy podyplomowe, kierunkowe z fizjoterapii * 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)				
				
8	Data ważności posiadanej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności fizjoterapeutycznej (proszę podać miesiąc i rok oraz numer polisy)				
				

