Załącznik nr 2

do Wniosku o udzielenie certyfikacji (dla Osoby)

1	**Imię i nazwisko: Osoby ubiegającej się o certfikację** …… …… ……
2	**Data urodzenia** …… …… ……
3	**Adres zamieszkania** …… …… ……
4	**Wykształcenie** (proszę zakreślic właściwe) 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	**Miejsce/miejsca świadczenia usług fizjoterapeutycznych oraz dni i godziny przyjęć**
	…… …… …… …… ……
9	**Data ważności posiadanej polisy OC w zakresie prowadzonej działalności fizjoterapeutycznej** (proszę podać rok i miesiąc)
	…… ……
10	**Telefon kontaktowy (dla Pacjentów)**
	…… …… ……
11	**Adres strony internetowej**
	…… …… ……
12	**Do jakiej grupy Pacjentów skierowana jest Twoja oferta** (proszę opisać zakres oferowanych usług - opis będzie traktowany jako słowa kluczowe)
	…… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

** za szkolenia i kursy podyplomowe - kierunkowe z fizjoterapii Zarząd Główny SFP uważa te szkolenia, które są prowadzone przez Fizjoterapeutów lub przedstawicieli innych zawodów medycznych, podnoszace w sposób obiektywny kompetencje i umiejetności praktyc*

……	……
data, podpis osoby składajacej wniosek	…… ***data, wpłynięcia wniosku do SFP***