

ZAWIADOMIENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU

.....
(Imię i nazwisko fizjoterapeuty
powracającego do wykonywania
zawodu)

.....
(Numer PWZF)

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Plac St. Małachowskiego 2
00-066 Warszawa

W związku z zamiarem podjęcia wykonywania zawodu, na podstawie art.11 ust. 1a ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty informuję, że przerwa w wykonywaniu przeze mnie zawodu wynosi lat miesięcy, tj. od r.

Okres wykonywania zawodu wynosi ogółem lat miesięcy.

Jednocześnie oświadczam, że pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu będę udzielał / -ła świadczeń zdrowotnych pod nadzorem
(należy podać imię i nazwisko oraz PWZFz fizjoterapeuty nadzorującego)

W
(należy podać nazwę i adres oraz numer w RPWDL podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej)

.....
(data i podpis fizjoterapeuty nadzorującego)

.....
(data i podpis fizjoterapeuty
powracającego do wykonywania zawodu)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Krajowa Rada Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie przy Placu Stanisława Małachowskiego 2, 00-066 Warszawa, która przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o zwolnienie z obowiązku opłaty składek członkowskich. Dane podawane są przez Panią/Pana dobrowolnie jednak bez ich podania Krajowa Rada Fizjoterapeutów nie będzie mogła rozpatrzyć wniosku. Przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do treści danych oraz ich poprawiania.