

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 wnoszę o ustalenie, zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, oraz określenie warunków przeszkolenia. Przerwa w wykonywaniu przeze mnie zawodu wynosi lat miesięcy, tj. od

Okres wykonywania zawodu wynosi ogółem lat miesięcy.

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

Zgoda kierownika podmiotu leczniczego na odbycie przeszkolenia w tym podmiocie leczniczym.

.....
[oznaczenie podmiotu leczniczego¹⁾]

.....
(data i podpis Kierownika podmiotu leczniczego)

¹⁾ Należy podać nazwę oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego.

**ZAKRES OBOWIĄZKÓW
OPIEKUNA PRZESZKOLENIA PRAKTYCZNEGO**

.....
(imię i nazwisko oraz numer PWZFz opiekuna przeszkolenia praktycznego)

.....
.....
(nazwa i adres oraz NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

Opiekun jest odpowiedzialny za realizację przez fizjoterapeutę programu przeszkolenia częściowego zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz Kodeksem Etyki Zawodowej Fizjoterapeuty Rzeczypospolitej Polskiej.

Do obowiązków opiekuna przeszkolenia należy w szczególności:

- 1) zapoznanie fizjoterapeuty z organizacją podmiotu leczniczego oraz jednostkami lub komórkami organizacyjnymi;
- 2) ustalenie szczegółowego planu i harmonogramu przeszkolenia częściowego i nadzór nad jego realizacją;
- 3) zapewnienie warunków do realizacji świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez fizjoterapeutę;
- 4) nadzór nad realizacją świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez fizjoterapeutę;
- 5) wykonywanie wspólnie z fizjoterapeutą świadczeń z zakresu fizjoterapii o podwyższonym ryzyku dla pacjent;
- 6) nadzorowanie prowadzenia przez fizjoterapeutę obowiązującej dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania badania funkcjonalnego i w zakresie prowadzonej fizjoterapii;
- 7) zapewnienie opieki i doradztwa fachowego dla fizjoterapeuty;
- 8) kierowanie procesem samokształcenia fizjoterapeuty;
- 9) zweryfikowanie oraz ocena nabytych w czasie trwania przeszkolenia umiejętności praktycznych;
- 10) zaliczenie przeszkolenia częściowego.

Przyjmuję do wiadomości i stosowania

.....
(data i podpis opiekuna przeszkolenia)

Administratorem danych osobowych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (00-066) przy Placu St. Małachowskiego 2, która przetwarza Pani/Pana dane w ramach realizacji programu szkolenia częściowego. Pełna treść klauzuli wraz z informacją o przysługujących Panu/Pani prawach dostępna jest na stronie internetowej KIF. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych prosimy o kontakt z naszym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@kif.info.pl.