

**ZAWIADOMIENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU**

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

.....  
(Numer PWZFz)

**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 NIP albo numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

.....  
(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.