

WZÓR

.....
 (pieczętka, nadruk
 lub naklejka wojewody)

**KARTA SPECJALIZACJI NR /
 W DZIEDZINIE FIZJOTERAPII**

I CZĘŚĆ

Dane

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby odbywającej szkolenie specjalizacyjne

2. Numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania)

3. Data i miejsce urodzenia
4. Tytuł zawodowy oraz stopień naukowy
5. Data wydania i numer dyplomu ukończenia magisterskich studiów wyższych
6. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”
7. Nazwa i adres jednostki szkolącej
-
-
8. Nazwa i adres podmiotu, w którym jest odbywany podstawowy staż specjalizacyjny

9. Tytuł zawodowy, tytuł albo stopień naukowy, imię i nazwisko kierownika specjalizacji

10. Nazwa i adres podmiotu, w którym jest zatrudniony kierownik specjalizacji

11. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego oraz czas trwania szkolenia określony programem specjalizacji
12. Potwierdzenie rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego (data rozpoczęcia)

.....
 (pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
 z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

.....
 (pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika jednostki
 szkolącej z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji
 i podpisem)

13. Termin przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego (do dnia)

.....

(pieczętka, nadruk lub naklejka wojewody
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

14. Wymiar skrócenia okresu szkolenia specjalizacyjnego oraz numer i data decyzji o skróceniu

.....

.....

(pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika
szkolenia specjalizacyjnego z podaniem imienia
i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

15. Informacja o zmianie miejsca szkolenia specjalizacyjnego

.....

.....

.....

16. Data skreślenia z rejestru

numer decyzji o skreśleniu

.....

(pieczętka, nadruk lub naklejka wojewody
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

II CZĘŚĆ

PRZEBIEG SZKOLENIA TEORETYCZNEGO

Nazwa modułu szkolenia	Temat kursu	Liczba godzin kursu	Forma zaliczenia kursu	Data zaliczenia kursu	Ocena	Podpis

III CZĘŚĆ

PRZEBIEG STAŻU KIERUNKOWEGO

Nazwa modułu nauczania i nazwa stażu kierunkowego	Nazwa i adres podmiotu prowadzącego staż kierunkowy	Okres stażu od ... do... i liczba godzin	Forma zaliczenia stażu kierunkowego	Ocena	Data	Podpis

IV CZĘŚĆ

UMIĘTNOŚCI PRAKTYCZNE

Potwierdzenie zrealizowania zajęć praktycznych (liczba i rodzaj procedur fizjoterapeutycznych) objętych programem szkolenia specjalizacyjnego

Lp.	Rodzaj procedury praktycznej (zgodnie z programem specjalizacji)	Liczba wykonanych procedur

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

V CZĘŚĆ

Formy i metody samokształcenia, w tym przygotowane opracowanie teoretyczne, praca poglądowa lub praca oryginalna (w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – podać tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwę wydawnictwa i datę publikacji)

.....
.....
.....

Zaliczenie przez kierownika specjalizacji

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

VI CZĘŚĆ

Opinia kierownika specjalizacji dotycząca przebiegu szkolenia specjalizacyjnego i uzyskanych przez specjalizującego się umiejętności zawodowych, a także jego stosunku do współpracowników i pacjentów

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

POTWIERDZENIE ZREALIZOWANIA ZAJĘĆ TEORETYCZNYCH I PRAKTYCZNYCH
OBJĘTYCH PROGRAMEM SPECJALIZACJI, WYZNACZONYCH DO ODBYCIA
W DANYM ROKU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Potwierdzam zrealizowanie zajęć objętych programem specjalizacji, wyznaczonych do odbycia w I roku szkolenia specjalizacyjnego

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

Potwierdzam zrealizowanie zajęć objętych programem specjalizacji, wyznaczonych do odbycia w II roku szkolenia specjalizacyjnego

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

Potwierdzam zrealizowanie zajęć objętych programem specjalizacji, wyznaczonych do odbycia w II roku szkolenia specjalizacyjnego

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

Potwierdzam zrealizowanie zajęć objętych programem specjalizacji, wyznaczonych do odbycia w IV roku szkolenia specjalizacyjnego

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

Potwierdzam zrealizowanie zajęć objętych programem specjalizacji, wyznaczonych do odbycia w V roku szkolenia specjalizacyjnego

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)

.....
1) W razie potrzeby dopisać kolejne rubryki.

ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Pan/Pani odbył(a) szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie fizjoterapii zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył(a) szkolenie specjalizacyjne w ww. dziedzinie.

.....
(data zaliczenia)

.....
pieczętka, nadruk lub naklejka kierownika specjalizacji
z podaniem imienia i nazwiska oraz funkcji i podpisem)