

.....
(pieczęć, 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)

.....

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

(pieczęć, 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

UMIEJETNOŚCI 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

.....
(pieczęć, 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 pogładowa lub praca oryginalna (w przypadku opracowania prac pogładowych, doniesień lub publikacji – podać tytuł pracy pogładowej, 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 III 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)

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