

## WZÓR

.....  
(pieczęć 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) .....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki szkolącej)

13. Termin przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego (do dnia) .....

.....  
(podpis i pieczęć wojewody)

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

.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika szkolenia specjalizacyjnego)

15. Informacja o zmianie miejsca szkolenia specjalizacyjnego

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

16. Data skreślenia z rejestru .....

numer decyzji o skreśleniu .....

.....  
(podpis i pieczęć wojewody)

## 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

### UMIEJĘTNOŚCI 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

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

## 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

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

## VI CZĘŚĆ

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

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)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

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

.....  
(data zaliczenia)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

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

.....  
(data zaliczenia)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

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

.....  
(data zaliczenia)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

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

.....  
(data zaliczenia)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
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)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)