

.....
pieczęć nagłówek Kliniki, Zakładu lub
Oddziału, w którym fizjoterapeuta będzie
odbywał przeszkolenie

O Ś W I A D C Z E N I E *

Potwierdzam objęcie nadzoru nad przeszkoleniem fizjoterapeuty

Pana /Pani

w dziedzinie **FIZJOTERAPII**

Miejsce odbywania przeszkolenia.....

(dokładny adres miejsca odbywania przeszkolenia)

.....

Imię i nazwisko Opiekuna przeszkolenia.....

Stopień naukowy, stanowisko.....

Telefon kontaktowy.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć Opiekuna przeszkolenia

.....
podpis i pieczęć kierownika
komórki organizacyjnej prowadzącej przeszkolenie fizjoterapeuty

.....
podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej prowadzącej przeszkolenie fizjoterapeuty

* Oświadczenie należy złożyć w Wydziale CKP