

ZARZĄDZENIE NR**22**...../2026

DYREKTORA WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO

- PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO

z dnia**15.01.**.....2026 r.

**w sprawie wprowadzenia regulaminu odbywania przeszkolenia fizjoterapeuty
w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym,
po przerwie w wykonywaniu zawodu**

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych
(Dz. U. z 2024 r. poz. 534 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Wprowadza się regulamin odbywania przeszkolenia fizjoterapeuty w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym, po przerwie w wykonywaniu zawodu.
2. Regulamin stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 15.01.2026 r.

DYREKTOR
WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO-
PAŃSTWOWEGO INSTYTUTU BADAWCZEGO

gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERAK

**REGULAMIN ODBYWANIA PRZESZKOLENIA FIZJOTERAPEUTY
W WOJSKOWYM INSTYTUCIE MEDYCZNYM
– PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE BADAWCZYM,
PO PRZERWIE W WYKONYWANIU ZAWODU**

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Regulamin określa zasady organizacji przeszkolenia fizjoterapeuty w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym (zwanym dalej WIM-PIB) po przerwie w wykonywaniu zawodu trwającej dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
2. Organizacja przeszkolenia fizjoterapeuty oparta jest o zapisy:
 - 1) Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 poz. 1213 z późn. zm.),
 - 2) Uchwały nr 297/II KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 27 lipca 2023 r. w sprawie przeszkolenia fizjoterapeutów po przerwie w wykonywaniu zawodu,
 - 3) Uchwały nr 452/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 11 lutego 2020 r. w sprawie stanowiska Krajowej Rady Fizjoterapeutów dotyczącego ciągłości stażu zawodowego fizjoterapeuty i okresów bezczynności zawodowej,
 - 4) Uchwały nr 587/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 13 kwietnia 2021 r. zmieniająca uchwałę w sprawie stanowiska Krajowej Rady Fizjoterapeutów dotyczącego ciągłości stażu zawodowego fizjoterapeuty i okresów bezczynności zawodowej.
3. Przeszkolenie odbywa się w podmiocie leczniczym pod nadzorem fizjoterapeuty z tytułem magistra i co najmniej 5-letnim stażem pracy lub specjalisty w dziedzinie fizjoterapii.
4. Za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty odpowiada Centrum Kształcenia Podyplomowego (CKP).
5. Decyzję w sprawie przeszkolenia fizjoterapeuty podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Naukowych WIM-PIB lub osoba przez niego upoważniona, po potwierdzeniu przez Kierownika Komórki w której ma odbywać się przeszkolenie oraz uzyskaniu pozytywnej opinii Kierownika Wydziału CKP, odpowiedzialnego za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty.

§ 2.

Zasady odbywania przeszkolenia

1. Fizjoterapeuta chcący odbyć przeszkolenie w WIM-PIB składa w Wydziale CKP odpowiedzialnym za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty podanie o przyjęcie na przeszkolenie (**Załącznik nr 1**), na co najmniej 21 dni przed planowanym rozpoczęciem przeszkolenia wraz z następującymi dokumentami:
 - 1) kopia PWZF (oryginał do wglądu) / Uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty,
 - 2) aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
 - 3) aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
 - 4) zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniach p/WZW B,
 - 5) ubezpieczenie OC oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV),
 - 6) dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł,
 - 7) jedno zdjęcie do dokumentów przesłane na adres email: fizjoterapia@wim.mil.pl w formacie JPG.
2. Przy składaniu dokumentów wymienionych w ust 1, Fizjoterapeuta zobowiązany jest do okazania dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (paszport, prawo jazdy).
3. Pracownik Wydziału CKP odpowiedzialny za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty, korzystając ze środków komunikacji elektronicznej, przekazuje Fizjoterapeucie oraz Kierownikowi odpowiedniej Komórki WIM-PIB, informację o uzyskaniu zgody na rozpoczęcie przeszkolenia, bądź w przypadku odmowy o jej braku.
4. Po otrzymaniu zgody w WIM-PIB, Fizjoterapeuta składa zawiadomienie o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu do Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF).
5. Fizjoterapeuta przekazuje pracownikowi Wydziału CKP odpowiedzialnemu za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty informację otrzymaną od KIF dotyczącą terminu rozpoczęcia przeszkolenia, wraz z kartą przeszkolenia oraz Oświadczeniem Opiekuna przeszkolenia potwierdzającym objęcie nadzoru nad przeszkoleniem fizjoterapeuty (**Załącznik nr 2**).
6. W przypadku przeszkolenia odbywanego przez pracowników WIM-PIB wymagane są dokumenty wymienione w ust. 1 z wyłączeniem pkt 2, 3, 4 oraz z wyłączeniem ubezpieczenia OC z pkt 5.

7. Przeszkolenie można rozpocząć nie wcześniej niż od momentu wskazanego przez KIF.
8. W przypadku złożenia przed rozpoczęciem przeszkolenia niekompletnych dokumentów termin rozpoczęcia przeszkolenia ulega zmianie.
9. Zakończenie procesu przygotowawczego przed rozpoczęciem przeszkolenia stanowi podpisanie Umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty (**Załącznik 3**).
10. Umowę o odbywanie przeszkolenia, o której mowa w ust. 9 zawiera się na okres wskazany przez KIF.
11. Fizjoterapeuta zobowiązany jest do zrealizowania szkolenia wstępnego, na które składają się szkolenia z zakresu PPOŻ, BHP, RODO, ochrony danych osobowych i spraw organizacyjnych. O warunkach i terminach odbywania szkolenia informuje pracownik Wydziału CKP. Nieodbycie szkolenia przed rozpoczęciem przeszkolenia uniemożliwia jego realizację.
12. Najpóźniej pierwszego dnia przeszkolenia, po odbyciu szkolenia wstępnego, Fizjoterapeuta dostarcza do Wydziału CKP odpowiedzialnego za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP (**Załącznik nr 4**).
13. Przed upływem okresu, na który umowa została zawarta, może ona zostać przedłużona albo skrócona, po otrzymaniu od KIF nowego terminu zakończenia przeszkolenia oraz po złożeniu przez Fizjoterapeutę do Wydziału CKP odpowiedzialnego za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty nowego podania (**Załącznik nr 5**). Fizjoterapeuta podpisuje odpowiedni aneks do Umowy (**Załącznik nr 6, Załącznik nr 7**) przy zachowaniu pozostałych warunków wynikających z niniejszego Regulaminu z koniecznością uiszczenia opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 złotych.
14. Po zakończeniu przeszkolenia wydawane jest Zaświadczenie (**Załącznik nr 8**). Warunkiem wydania ww. zaświadczenia jest zwrot do Wydziału CKP, odpowiedzialnego za organizację i obsługę administracyjną procesu przeszkolenia fizjoterapeuty, identyfikatora wydanego przez WIM-PIB.

§ 3.

Oplaty

1. Przeszkolenie Fizjoterapeuty jest odpłatne.
2. Po zakwalifikowaniu na przeszkolenie, Fizjoterapeuta zobowiązany jest uiścić opłatę w wysokości 1000 zł brutto (słownie: tysiąc złotych brutto) za każdy rozpoczęty miesiąc

przeszkolenia. Płatność powinna zostać dokonana najpóźniej na 7 dni przed planowaną datą rozpoczęcia przeszkolenia oraz przed każdym, kolejnym rozpoczętym miesiącem. Dowód wpłaty należy przysyłać na adres e-mail: fizjoterapia@wim.mil.pl.

3. Wszystkie opłaty wnoszone są na konto bankowe WIM-PIB:

41 1130 1017 0020 0716 4222 2303

W tytule wpłaty należy wpisać: przeszkolenie fizjoterapeuty oraz podać imię i nazwisko.

4. Nieuiszczenie opłaty w wyznaczonym terminie skutkuje brakiem możliwości rozpoczęcia przeszkolenia lub kontynuacji.
5. W przypadku odwołania przeszkolenia:
- 1) przez WIM-PIB przed rozpoczęciem przeszkolenia – Fizjoterapeuta otrzymuje zwrot pełnej kwoty;
 - 2) przez WIM-PIB w trakcie odbywania przeszkolenia – Fizjoterapeuta otrzymuje zwrot wpłaconej kwoty proporcjonalnie do czasu odbywania przeszkolenia;
 - 3) przez Fizjoterapeutę na mniej niż 7 dni przed rozpoczęciem przeszkolenia oraz w przypadku rezygnacji z przeszkolenia po jego rozpoczęciu – Fizjoterapeucie nie przysługuje zwrot wpłaconych środków.

§ 4.

Prawa i obowiązki fizjoterapeuty odbywającego przeszkolenie

1. Fizjoterapeuta zobowiązuje się do:

- 1) uczestnictwa w szkoleniu wstępnym organizowanym przez WIM-PIB,
- 2) zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za ewentualne szkody wyrządzone w wyniku lub w związku z realizacją obowiązków wynikających z niniejszej Umowy (OC), jak również NNW obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV). Kopie tych polis będą stanowić załącznik do Umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty,
- 3) wniesienia opłaty zgodnie z Regulaminem odbywania przeszkolenia fizjoterapeuty po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- 4) noszenia w widocznym miejscu identyfikatora wydanego przez WIM-PIB oraz zaopatrzenia się w odpowiedni strój,
- 5) przestrzegania obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy i dyscypliny pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów o ochronie danych osobowych oraz ochronie tajemnicy państwowej i służbowej, procedur poekspozycyjnych,

- zachowania poufności pozyskanych informacji i danych osobowych w trakcie trwania wolontariatu oraz po jego zakończeniu,
- 6) dbania o powierzony przez WIM-PIB sprzęt, materiały i inne wyposażenie, pod rygorem natychmiastowego usunięcia w trakcie trwania przeszkolenia w przypadku nieprawidłowego ich użytkowania (eksploatacji) oraz zabezpieczenie informacji i danych przed niepowołanym dostępem do nich, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem w stopniu odpowiednim do obowiązków (zadań) związanych z przetwarzaniem danych, w trakcie realizacji przeszkolenia oraz po jego zakończeniu,
 - 7) starannego i terminowego wykonywania zadań zleconych przez Kierownika Komórki, w której odbywa się przeszkolenie oraz Opiekuna prowadzącego przeszkolenie,
 - 8) wykonywania obowiązków z należytą starannością oraz odbycia przeszkolenia zgodnie z ramowym programem nieprzerwanie w okresie ustalonym przez KIF w wymiarze co najmniej 40 godzin miesięcznie,
 - 9) stosowania się do wskazówek i poleceń Opiekuna przeszkolenia oraz Kierownika Komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych zadań,
 - 10) udzielania świadczenia w zakresie fizjoterapii, zgodnie z ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, pod bezpośrednim nadzorem lub w porozumieniu z Opiekunem przeszkolenia,
 - 11) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, stosownie do wymogów prawa powszechnie obowiązującego,
 - 12) przestrzegania zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty określonych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (art. 4) oraz Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty,
 - 13) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r.),
 - 14) zachowania tajemnicy w zakresie przetwarzania danych osobowych (niezależnie od sposobu i formy ich wyrażania). Obowiązek ten jest nieograniczony w czasie i obowiązuje również po zakończeniu odbywania przeszkolenia.

2. Osobie odbywającej przeszkolenie zabrania się:
 - 1) noszenia biżuterii,
 - 2) malowania paznokci,
 - 3) nakładania dodatkowego okrycia na odzież roboczą,
 - 4) palenia wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych na terenie placówki, a także spożywania alkoholu oraz substancji odurzających,
 - 5) zachowywania się w sposób uznany za niemoralny i nieetyczny,
 - 6) kopiowania, utrwalania i jakiejkolwiek innej formy nieautoryzowanego przetwarzania danych osobowych, w szczególności zawartych w dokumentacji medycznej,
 - 7) pozyskiwania od pacjenta dodatkowych danych, niezwiązane z prowadzoną w oddziale diagnostyką i terapią (w tym danych do kontaktu na odległość),
 - 8) ujawniania jakichkolwiek informacji o pacjentach oddziału, pozyskanych w trakcie praktyk, osobom spoza zespołu Kliniki (zakaz obowiązuje bezterminowo),
 - 9) informowania pacjentów i ich rodzin o stanie zdrowia i procesie leczenia.
3. Fizjoterapeuta ponosi pełną odpowiedzialność za wszystkie szkody wyrządzone z jego niewłaściwego działania lub zaniechania.
4. Fizjoterapeuta może zostać skreślony z listy osób odbywających przeszkolenie ze skutkiem natychmiastowym w sytuacji rażącego naruszenia zapisów Regulaminu i Umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty.

§ 5.

Obowiązki WIM-PIB

1. WIM-PIB przyjmuje Fizjoterapeutę na przeszkolenie i zobowiązuje się do:
 - 1) zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków odbywania przeszkolenia,
 - 2) zapewnienia Opiekuna przeszkolenia zgodnie z Ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 poz. 1213 z późn. zm.),
 - 3) przeprowadzenia szkolenia wstępnego, m.in. z zakresu PPOŻ, BHP, RODO, ochrony danych osobowych i spraw organizacyjnych,
 - 4) wydania identyfikatora,
 - 5) wydania zaświadczenia potwierdzającego odbycie przeszkolenia
(Załącznik nr 10).
2. WIM-PIB nie zapewnia Fizjoterapeucie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych świadczeń.

3. WIM-PIB nie zgłasza Fizjoterapeuty do ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6.

Postanowienia końcowe

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 15.01.2026 r.
2. WIM-PIB ma prawo do zmiany Regulaminu.
3. Kwestie nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzygane będą na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko

Numer podania
(wypełnia Wydział CKP)

PESEL

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo/a.....

Adres

.....

*tel.

*e-mail

Zastępca Dyrektora ds. Naukowych

Wojskowego Instytutu Medycznego

Państwowego Instytutu Badawczego

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRZESZKOLENIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość odbycia przeszkolenia po przerwie
w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty w.....

.....
(nazwa komórki organizacyjnej Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego)

W zawodzie pracowałem/am dor. W związku zprzerwą w wykonywaniu
(data) (wskazać okres)

zawodu fizjoterapeuty, chciałbym/chciałabym odbyć miesięczne przeszkolenie.
(wskazać okres)

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem oraz Zasadami odbywania przeszkolenia
i akceptuję warunki w nich zawarte.

.....
(podpis fizjoterapeuty)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- o mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty,
- o mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora,
- o mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>).

Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.

.....
(podpis fizjoterapeuty)

*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej, w której realizowane będzie przeszkolenie:

POPIERAM / NIE POPIERAM**

Proszę zaznaczyć właściwe:

1. Fizjoterapeuta **zakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Na Opiekuna przeszkolenia wyznaczam:.....

2. Fizjoterapeuta **niezakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Uzasadnienie decyzji:

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna przeszkolenia**

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki,
w której realizowane będzie przeszkolenie)

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna przeszkolenia)

Wypełnia Wydział CKP

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- ☐ kopia PWZF (oryginał do wglądu) / Uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie stwierdzenia prawa wykazywania zawodu fizjoterapeuty,
- ☐ aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- ☐ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniach p/WZW B,
- ☐ ubezpieczenie OC oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV),
- ☐ dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł,
- ☐ klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- ☐ jedno zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji, zgodnie z Regulaminem.

.....
(podpis i pieczętka pracownika Wydziału CKP
weryfikującego podanie)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych) („RODO”) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa („Administrator”). Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres jego siedziby, adres mailowy dyrekcja@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (022) 261 817 666.
2. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych („IOD”), z którym można skontaktować się pisząc na adres mailowy ochrona.danych@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (0-22) 261 816 912.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu odbywania, oceny oraz udokumentowania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym,
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty,
5. Dane osobowe w postaci adresu e-mail oraz numeru telefonu będą przetwarzane w celu odpowiednio mailowego lub telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia w dziedzinie fizjoterapii w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym, a podstawą prawną ich przetwarzania jest Państwa zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:
 - a) podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT.
7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
8. Państwa dane osobowe w postaci adresu e-mail i numeru telefonu będą przetwarzane do momentu zrealizowania celu, dla którego zostały zgromadzone albo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
9. Macie Państwo prawo zażądać od Administratora:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych;
 - b) sprostowania swoich danych osobowych;
 - c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych;
 - d) ograniczenia lub usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 i 18 RODO
 - e) przenoszenia danych osobowych
 - f) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, jakiego dokonano przed jej cofnięciem. Zgodę możesz cofnąć pisząc na adres korespondencyjny Administratora, na adres e-mail IOD lub telefonując (dane kontaktowe wyżej).
10. Ponadto przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do odbywania przeszkolenia w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym po przerwie w wykonywaniu zawodu. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji przeszkolenia.
Z kolei niepodanie danych osobowych w postaci adresu e-mail lub numeru telefonu spowoduje brak możliwości kontaktu w związku z podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu.

.....
podpis /imię i nazwisko fizjoterapeuty/

.....
pieczętka nagłówkowa 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 pieczętka Opiekuna przeszkolenia

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

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

UMOWA O PRZESZKOLENIE FIZJOTERAPEUTY NR

zawarta w dniu pomiędzy:

Wojskowym Instytutem Medycznym – Państwowym Instytutem Badawczym z siedzibą w Warszawie 04-141, ul. Szaserów 128, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000144810, NIP 1132393221, REGON 015294487, reprezentowanym przez: **Zastępcę Dyrektora WIM-PIB ds. Naukowych - płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa** zwanym dalej „Szkolącym”

a :

Panią/Panem, zam.: ul., tel.:

PESEL.: PWZF:

zwanym dalej „Fizjoterapeutą”

łącznie zwanych dalej także Stronami,

§ 1

Szkolący zapewnia Fizjoterapeucie możliwość odbycia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu trwającą łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat (zgodnie art. 11 pkt 1. Ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz. U. 2023 poz. 1213), na podstawie Karty Przeszkolenia Fizjoterapeuty wydanej przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów.

§ 2

1. Fizjoterapeuta zostaje przyjęty na przeszkolenie w dziedzinie **fizjoterapii** na okres miesięcy, w terminie:

od do

(określić termin rozpoczęcia oraz zakończenia przeszkolenia w WIM-PIB)

W

(miejsce realizacji przeszkolenia)

2. Przeszkolenie realizowane będzie nieprzerwanie w okresie wskazanym w § 2 pkt 1 w wymiarze co najmniej 40 godzin miesięcznie.
3. Opiekunem odpowiedzialnym za realizację przez Fizjoterapeutę programu przeszkolenia jest:

.....
(tytuł/stopień naukowy, imię i nazwisko, PWZF)

§ 3

1. Celem przeszkolenia, o którym mowa w § 1 niniejszej Umowy, jest:

- 1) uaktualnienie wiedzy i umiejętności praktycznych w zakresie efektów kształcenia na kierunku fizjoterapia przez fizjoterapeutę powracającego do wykonywania zawodu,

1

- 2) przygotowanie fizjoterapeuty w szczególności do prowadzenia badania, planowania i prowadzenia terapii z pacjentem, prowadzenia dokumentacji oraz zapoznania z zasadami pracy w zespole medycznym/terapeutycznym.
2. Zakres szkolenia obejmuje w szczególności czynności zawodowe fizjoterapeuty określone w Ustawie oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1319) w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty, z uwzględnieniem poszczególnych stopni zawodowych fizjoterapeutów.

§ 4

1. Odbycie przeszkolenia przez fizjoterapeutę po przewie w wykonywaniu zawodu jest odpłatne.
2. Po zakwalifikowaniu na przeszkolenie Fizjoterapeuta uiszcza opłatę za przeszkolenie w wysokości 1000 zł za każdy rozpoczęty miesiąc przeszkolenia, najpóźniej na 7 dni przed datą rozpoczęcia oraz przed kolejnym rozpoczętym miesiącem.
3. Opłata wnoszona jest na konto bankowe WIM-PIB:

41 1130 1017 0020 0716 4222 2303

W tytule wpłaty należy wpisać: przeszkolenie fizjoterapeuty oraz podać imię i nazwisko.

4. Nieuiszczenie opłaty w wyznaczonym terminie skutkuje brakiem możliwości rozpoczęcia przeszkolenia lub kontynuacji.
5. W przypadku przerwania przez Fizjoterapeutę przeszkolenia lub ograniczenia jego formy w sytuacjach określonych w Zasadach odbywania przeszkolenia w Regulaminie, Fizjoterapeucie nie przysługuje zwrot wpłaconych środków.

§ 5

1. Fizjoterapeuta zobowiązuje się do:
 - 1) uczestnictwa w szkoleniu wstępnym organizowanym przez WIM-PIB,
 - 2) zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za ewentualne szkody wyrządzone w wyniku lub w związku z realizacją obowiązków wynikających z niniejszej Umowy (OC), jak również NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV). Kopie tych polis będą stanowić załącznik do niniejszej Umowy.
 - 3) wniesienia opłaty zgodnie z Regulaminem WIM-PIB,
 - 4) noszenia w widocznym miejscu identyfikatora, wydanego przez WIM-PIB oraz zaopatrzenie się w odpowiedni strój,
 - 5) przestrzegania obowiązującego w WIM-PIB regulaminu pracy i dyscypliny pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów o ochronie danych osobowych oraz ochronie tajemnicy państwowej i służbowej, procedur poekspozycyjnych; zachowania poufności pozyskanych informacji i danych osobowych w trakcie trwania wolontariatu oraz po jego zakończeniu.
 - 6) dbania o powierzony przez Szkolącego sprzęt, materiały i inne wyposażenie, pod rygorem natychmiastowego usunięcia w trakcie trwania przeszkolenia w przypadku nieprawidłowego ich użytkowania (eksploatacji) oraz zabezpieczenie informacji i danych przed niepowołanym dostępem do nich, nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem w stopniu odpowiednim do obowiązków (zadań) związanych z przetwarzaniem danych, w trakcie realizacji przeszkolenia oraz po jego zakończeniu.
 - 7) starannego i terminowego wykonywania zadań zleconych przez Kierownika Komórki, w której odbywa się przeszkolenie oraz Opiekuna prowadzącego przeszkolenie,

- 8) wykonywania obowiązków z należytą starannością oraz odbycia przeszkolenia zgodnie z ramowym programem nieprzerwanie w okresie ustalonym przez KIF w wymiarze co najmniej 40 godzin miesięcznie,
 - 9) stosowania się do wskazówek i poleceń opiekuna oraz kierownika komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych zadań,
 - 10) udzielania świadczenia w zakresie fizjoterapii, zgodnie z ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, pod bezpośrednim nadzorem lub w porozumieniu z opiekunem przeszkolenia,
 - 11) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej, stosownie do wymogów prawa powszechnie obowiązującego,
 - 12) przestrzegania zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty określonych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (art. 4) oraz Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty,
 - 13) przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w szczególności rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L119/1 z 4 maja 2016 r.),
 - 14) zachowania tajemnicy w zakresie przetwarzania danych osobowych (niezależnie od sposobu i formy ich wyrażania). Obowiązek ten jest nieograniczony w czasie i obowiązuje również po zakończeniu odbywania przeszkolenia.
2. Fizjoterapeuta ponosi pełną odpowiedzialność za wszystkie szkody wyrządzone z jego niewłaściwego działania lub zaniechania.

§ 6

1. WIM-PIB upoważnia fizjoterapeutę do przetwarzania następujących danych osobowych (w tym danych szczególnych kategorii) pacjentów Szkolącego: imię i nazwisko, PESEL, miejsce zamieszkania, dane o stanie zdrowia niezbędne do prawidłowej realizacji przeszkolenia, dalej zwane „danymi osobowymi”.
2. Dane osobowe mogą być przetwarzane wyłącznie w celu prawidłowej realizacji przeszkolenia u Szkolącego.
3. Fizjoterapeuta ponosi pełną odpowiedzialność za naruszenie zasad bezpieczeństwa i ochrony powierzonych danych osobowych.
4. Naruszenie przetwarzania danych osobowych wynikających z zasad obowiązujących u Szkolącego, przepisów o ochronie danych osobowych oraz z niniejszej Umowy stanowi podstawę do wypowiedzenia Umowy przez Szkolącego ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7

Każda zmiana postanowień niniejszej Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

Niniejsza umowa ma charakter cywilnoprawny i nie uprawnia Stron do sądowego dochodzenia zawarcia w oparciu o jej postanowienia umowy o pracę ani nawiązania stosunku pracy w oparciu o inną podstawę.

§ 9

Wszystkie spory wynikające z realizacji postanowień umowy będą rozstrzygane przez Strony w drodze negocjacji. W przypadku braku możliwości rozstrzygnięcia sporu w drodze negocjacji kwestie sporne zostaną poddane rozpatrzeniu przez sąd powszechny właściwy dla siedziby Przyjmującego.

§ 10

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Fizjoterapeuta

.....
Szkołący

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko

Numer podania

(wypełnia Wydział CKP)

PESEL

Miejsce urodzenia.....

Obywatelstwo/a.....

Adres

.....

*tel.

*e-mail

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego**

ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRZESZKOLENIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość przedłużenia / skrócenia** odbycia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty w.....

.....
(nazwa komórki organizacyjnej Wojskowego Instytutu Medycznego - Państwowego Instytutu Badawczego)

W zawodzie pracowałem/am dor. W związku zprzerwą w wykonywaniu
(data) (wskazać okres)

zawodu fizjoterapeuty, chciałbym/chciałabym odbyć miesięczne przeszkolenie.
(wskazać okres)

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem odbywania przeszkolenia i akceptuję warunki w nich zawarte.

.....
(podpis fizjoterapeuty)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- o mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty,
- o mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora,
- o mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>).

Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.

.....
(podpis fizjoterapeuty)

*dane nieobowiązkowe

** niepotrzebne skreślić

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej, w której realizowane będzie przeszkolenie:

POPIERAM / NIE POPIERAM***

Proszę zaznaczyć właściwe:

1. Fizjoterapeuta **zakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Na Opiekuna przeszkolenia wyznaczam:.....

2. Fizjoterapeuta **niezakwalifikowany** do odbycia przeszkolenia.

Uzasadnienie decyzji:

.....
.....

**Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna przeszkolenia**

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Komórki,
w której realizowane będzie przeszkolenie)

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna przeszkolenia)

Wypełnia Wydział CKP

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- ☐ kopia PWZF (oryginał do wglądu) / Uchwała Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie stwierdzenia prawa wykazywania zawodu fizjoterapeuty,
- ☐ aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- ☐ aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniach p/WZW B,
- ☐ ubezpieczenie OC oraz NNW, obejmujące ekspozycję zawodową na zakażenie HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) oraz typu C (HCV),
- ☐ dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł,
- ☐ Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- ☐ jedno zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji, zgodnie z Regulaminem.

.....
(podpis i pieczętka pracownika Wydziału CKP
weryfikującego podanie)

.....
podpis i pieczętka Kierownika Wydziału CKP)

*** Niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia
fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych) („RODO”) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą w Warszawie ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa („Administrator”). Z Administratorem można skontaktować się pisząc na adres jego siedziby, adres mailowy dyrekcja@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (022) 261 817 666.
2. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych („IOD”), z którym można skontaktować się pisząc na adres mailowy ochrona.danych@wim.mil.pl lub telefonując pod numer (0-22) 261 816 912.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu odbywania, oceny oraz udokumentowania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym,
4. Podstawą przetwarzania Państwa danych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w zw. z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty,
5. Dane osobowe w postaci adresu e-mail oraz numeru telefonu będą przetwarzane w celu odpowiednio mailowego lub telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia w dziedzinie fizjoterapii w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym, a podstawą prawną ich przetwarzania jest Państwa zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być:
 - a) podmioty upoważnione do otrzymania danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w zakresie i w celach, które z nich wynikają;
 - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy, m.in. operatorzy pocztowi czy dostawcy usług IT.
7. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz przepisami rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.
8. Państwa dane osobowe w postaci adresu e-mail i numeru telefonu będą przetwarzane do momentu zrealizowania celu, dla którego zostały zgromadzone albo cofnięcia zgody na ich przetwarzanie.
9. Macie Państwo prawo zażądać od Administratora:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych;
 - b) sprostowania swoich danych osobowych;
 - c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych;
 - d) ograniczenia lub usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 i 18 RODO
 - e) przenoszenia danych osobowych
 - f) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, jakiego dokonano przed jej cofnięciem. Zgodę możesz cofnąć pisząc na adres korespondencyjny Administratora, na adres e-mail IOD lub telefonując (dane kontaktowe wyżej).
10. Ponadto przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
11. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do odbywania przeszkolenia w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym po przerwie w wykonywaniu zawodu. Ich niepodanie spowoduje brak możliwości realizacji przeszkolenia.
Z kolei niepodanie danych osobowych w postaci adresu e-mail lub numeru telefonu spowoduje brak możliwości kontaktu w związku z podaniem o wyrażenie zgody na odbycie przeszkolenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z odbywaniem przeszkolenia fizjoterapeuty w WIM-PIB po przerwie w wykonywaniu zawodu.

.....
podpis /imię i nazwisko fizjoterapeuty/

**ANEKS nr
o przedłużeniu do umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty nr/rok**

dnia r. w Warszawie pomiędzy:

Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym z siedzibą w Warszawie,
ul. Szaserów 128, wpisanym przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy do Krajowego
Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000144810; REGON: 015294487; NIP: 113-239-32-21,
dalej zwanym **Szkołącym**, reprezentowanym przez:

Zastępcę Dyrektora WIM-PIB ds. Naukowych - płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa

a Panią / Panem:

.....
(imię i nazwisko)

zam.: ul., tel.:
(adres, telefon)

PESEL.:, PWZFz:
(numer PESEL, PWZ)

dalej zwanym łącznie Stronami.

zwaną / ym dalej „**Fizjoterapeutą**”

Strony postanowiły zawrzeć Aneks do łączącej ich umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty
o następującej treści:

1. w § 2 ust. 1 przedmiotowej umowy termin, w którym fizjoterapeuta zostaje przyjęty
na przeszkolenie **ulega przedłużeniu do..... roku.**
2. Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.
3. Aneks został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Fizjoterapeuty
oraz jeden dla WIM-PIB.

.....
Fizjoterapeuta

.....
Szkolący

ANEKS nr
o skrócenie do umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty nr/rok

dnia r. w Warszawie pomiędzy:

Wojskowym Instytutem Medycznym - Państwowym Instytutem Badawczym z siedzibą w Warszawie,
ul. Szaserów 128, wpisanym przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy do Krajowego
Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000144810; REGON: 015294487; NIP: 113-239-32-21,
dalej zwanym **Szkołącym**, reprezentowanym przez:

Zastępcę Dyrektora WIM-PIB ds. Naukowych - płk prof. dr hab. n. med. Marka Rękasa

a Panią / Panem:

.....
(imię i nazwisko)

zam.: ul., tel.:
(adres, telefon)

PESEL.:, PWZFz:
(numer PESEL, PWZ)

zwaną / ym dalej „**Fizjoterapeutą**”

dalej zwanym łącznie Stronami.

Strony postanowiły zawrzeć Aneks do łączącej ich umowy o przeszkolenie fizjoterapeuty
o następującej treści:

1. w § 2 ust. 1 przedmiotowej umowy termin, w którym fizjoterapeuta zostaje przyjęty
na przeszkolenie **ulega skróceniu do..... roku.**
2. Pozostałe warunki umowy pozostają bez zmian.
3. Aneks został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Fizjoterapeuty
oraz jeden dla WIM-PIB.

.....
Fizjoterapeuta

.....
Skołący

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej WIM-PIB)

Warszawa, dnia.....

Oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami BHP

.....
(Imię i nazwisko)

- 1) *zapoznanie się z przepisami regulującymi odbywanie przeszkolenia, ramowym programem oraz ze swoimi obowiązkami i uprawnieniami;*
- 2) *przestrzeganie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty określonych w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty oraz Zasadami etyki zawodowej fizjoterapeuty;*
- 3) *stosowanie się do wskazówek i poleceń opiekuna oraz kierownika komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych zadań;*
- 4) *udzielanie świadczenia w zakresie fizjoterapii, zgodnie z ustalonym planem postępowania fizjoterapeutycznego, pod bezpośrednim nadzorem lub w porozumieniu z opiekunem przeszkolenia.*

(Zakres odpowiedzialności)

Instruktaż stanowiskowy przeprowadził:

.....
(pieczęć i podpis Opiekuna przeszkolenia)

Potwierdzam przeprowadzenie instruktażu.

.....
(data i podpis Kierownika komórki organizacyjnej)

Na podstawie §2.1. *Rozporządzenia Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. 180 poz. 1860)* oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a i zapoznany/-a z zagrożeniami występującymi przy wykonywaniu powierzonych czynności oraz metodami usuwania i przeciwdziałania tym zagrożeniom w miejscu ich wykonywania.

Przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się przestrzegać:

- przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej,
- przepisów i zasad BHP obowiązujących w
- obowiązków oraz zadań na okoliczność zaistnienia wypadku lub pożaru.

.....
czytelny podpis osoby zapoznanej z warunkami pracy

Warszawa, dnia

.....
(pieczętka nagłówkowa Kliniki, Oddziału lub Zakładu)

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRZESZKOLENIA
NR.....

Zaświadcza się, że Pan /i
.....

odbył/a i zaliczył/a przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu w ramach:

FIZJOTERAPII

Miejsce odbywania przeszkolenia:
.....

Okres przeszkolenia:.....

Przeszkolenie zostało zrealizowane zgodnie z programem Karty Przeszkolenia Fizjoterapeuty, w sposób ciągły i rzeczywisty, w okresie wyznaczonym przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów. Realizacja programu obejmowała minimum 40 godzin szkoleniowych miesięcznie, zgodnie z Uchwałą nr 297/II KRF.

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu)

.....
(podpis i pieczętka Opiekuna przeszkolenia)