

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)