

## Wniosek o zmianę danych w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów

---

### 1. Instrukcja wypełniania formularza

---

- **WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI**
- W przypadku nieposiadania numeru PESEL, prosimy o podanie serii i numeru paszportu.
- W pkt. 3 wypełniaj tylko dane które uległy zmianie.
- Wszelkie przekreślenia na wniosku należy parafować obok.
- Wniosek musi zawierać wszystkie wymagane podpisy.

### 2. Dane osoby składającej wniosek

---

Numer PESEL	Numer PWZFz
Imię (imiona)	Nazwisko

Ja niżej podpisana/y informuję, że moje dane uległy zmianie i wnioskuję o ich aktualizację w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów.

### 3. Dane podlegające zmianie

---

	DANE PRZED ZMIANĄ	DANE PO ZMIANIE																				
IMIĘ (IMIONA)																						
NAZWISKO																						
NAZWISKO RODOWE																						
PESEL		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SERIA I NUMER PASZPORTU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES E-MAIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER TELEFONU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES KORESPONDENCYJNY	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TYTUŁ ZAWODOWY	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TYTUŁ SPECJALISTY	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STOPIEŃ NAUKOWY, TYTUŁ NAUKOWY	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMER DYPLOMU, DATA WYDANIA DYPLOMU	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NAZWA PRACODAWCY	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA ZATRUDNIENIA (OD-DO), STANOWISKO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA ROZPOCZĘCIA WYKONYWANIA ZAWODU	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKOYWANIU ZAWODU (DATA)		
INNE		

W przypadku zmiany imienia/nazwiska lub tytułu zawodowego, do wniosku dołączam:

1. Kopię dokumentu potwierdzającego zmianę imienia/nazwiska.
2. Odpis lub poświadczoną notarialnie kopię dyplomu potwierdzającego zmianę tytułu zawodowego/stopnia naukowego.

Oświadczam, że umieszczone w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.

Miejscowość	Data	Czytelny podpis
-------------	------	-----------------

Niniejszym, wyrażam zgodę na otrzymywanie wszelkiej korespondencji z Krajowej Izby Fizjoterapeutów drogą elektroniczną, w tym w szczególności:

a. Informacji dotyczących wniosku o zmianę danych

Oświadczam, że będę odbierała/odbierał\* w/w korespondencję pod adresem e-mail podanym we wniosku. Zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu świadomy/świadoma\*, że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres e-mail będzie skuteczne. Za datę otrzymania korespondencji uznaje się datę jej wysłania.

Miejscowość	Data	Czytelny podpis
-------------	------	-----------------

Administratorem danych osobowych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (00-066) przy pl. Stanisława Małachowskiego 2, która przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu umożliwienia złożenia wniosku o zmianę danych w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów. Podanie danych w zakresie numeru telefonu i/lub adresu e-mail jest całkowicie dobrowolne. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego, w tym w zakresie przysługujących Pani/Panu praw została zawarta w ramach dokumentów niezbędnych do uzyskania wpisu oraz na stronie internetowej KIF w zakładce polityki prywatności. We wszelkich kwestiach związanych z ochroną danych osobowych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: [iod@kif.info.pl](mailto:iod@kif.info.pl).