

Wzór oświadczenia o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty

1. Instrukcja wypełniania formularza

- WYPEŁNIJ WIELKIMI LITERAMI**
- Wszelkie przekreślenia na wniosku należy parafować obok.
- Wniosek musi zawierać wszystkie wymagane podpisy.
- W przypadku innego adres korespondencyjnego w KRF, aktualizacja następuje na podstawie przesłanego oświadczenia.

2. Dane osoby składającej wniosek

NUMER PWZFWZ/PESEL	IMIĘ I NAZWISKO
ADRES KORESPONDENCYJNY	

3. Informacje dodatkowe dla osób prowadzących własną działalność fizjoterapeutyczną zarejestrowaną w RPWDL:

- Informuję, że wykreśliłam/em praktykę zawodową z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:
 TAK NIE NIE DOTYCZY
- Informuję, że złożyłam/em oświadczenie o rezygnacji z użytkowania aplikacji Finezjo oraz pobrałam/em prowadzoną w niej dokumentację medyczną:
 TAK NIE NIE DOTYCZY

4. Oświadczenie

Na podstawie art. 26 pkt 2 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oświadczam, że z dniem
zrzekam się prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Do niniejszego oświadczenia dołączam dokument „prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”,
oznaczonego (seria i nr), lub oświadczenie o utracie dokumentu.

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	CZYTELNY PODPIS
-------------	------	-----------------

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (00-066) przy pl. Stanisława Małachowskiego 2. Dane wskazane w niniejszym formularzu przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: iod@kif.info.pl. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego zawarta została na stronie internetowej.