

....., dnia20.....r.
(miejscowość)

Krajowa Izba Fizjoterapeutów

OŚWIADCZENIE

o zamiarze świadczenia usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

1. Dane usługodawcy: *(wypełnić czytelnie)*

Imię (imiona)	
Nazwisko	
* Nazwisko rodowe	
Obywatelstwo	
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
Miejsce urodzenia (Miejscowość/Państwo)	
Państwo usługodawcy	

*nieobligatoryjnie w zakresie dokonania weryfikacji poprawności złożonych dokumentów

Nazwa zawodu regulowanego/działalności regulowanej wykonywanej w państwie
usługodawcy (w języku państwa usługodawcy i w języku polskim):

.....

Dane do kontaktu:

Adres:

.....
.....

*Numer telefonu (z numerem kierunkowym):

.....
.....

*E-mail:

.....
.....

*dane w zakresie numeru telefonu i/lub adresu e-mail mogą zostać uzupełnione celem usprawnienia kontaktu z wnioskodawcą

**2. Oświadczenie o zamiarze świadczenia usługi transgranicznej na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej**

OŚWIADCZAM, ŻE W ROKU ZAMIERZAM ŚWIADCZYĆ USŁUGĘ
TRANSGRANICZNĄ NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
W ZAWODZIE REGULOWANYM/DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ

.....

*(nazwa zawodu regulowanego/działalności regulowanej w Rzeczypospolitej
Polskiej)*

OŚWIADCZENIE SKŁADAM:

PO RAZ PIERWSZY

PONOWNIE

OŚWIADCZAM, ŻE W ODNIESIENIU DO STANU POTWIERDZONEGO
DOKUMENTAMI DOŁĄCZONYMI DO POPRZEDNIEGO OŚWIADCZENIA Z DNIA

.....¹⁾

ZASZŁA

NIE ZASZŁA

ISTOTNA ZMIANA STANU POTWIERDZONEGO TYMI DOKUMENTAMI.

¹⁾ Wpisać datę poprzedniego oświadczenia i zaznaczyć właściwe w przypadku, gdy oświadczenie przedkładane jest ponownie. Przez dokumenty dołączone do poprzedniego oświadczenia należy rozumieć także dokumenty, które były aktualizowane lub uzupełniane w okresie od daty poprzedniego oświadczenia do daty niniejszego oświadczenia.

3. Informacja o posiadanej polisie ubezpieczeniowej lub innych środkach indywidualnego albo zbiorowego ubezpieczenia

POSIADAM POLISĘ UBEZPIECZENIOWĄ LUB INNY ŚRODEK INDYWIDUALNEGO ALBO ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA W ZWIĄZKU Z WYKONYWANIEM DANEGO ZAWODU REGULOWANEGO/DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ, WYMAGANE NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ:²⁾

TAK

Nazwa ubezpieczyciela:

Numer polisy ubezpieczeniowej lub innego środka indywidualnego albo zbiorowego ubezpieczenia:

NIE

4. Wykaz dokumentów dołączonych do oświadczenia:

- a. Dokument potwierdzający obywatelstwo usługodawcy
- b. Dokument poświadczający zmianę imienia/nazwiska usługodawcy, jeśli na którymkolwiek dokumencie załączonym do wniosku widnieją inne imiona/nazwiska niż obecnie używane
- c. Zaświadczenie wydane przez właściwy organ kraju pochodzenia, stwierdzające, że zgodnie z prawem usługodawca wykonuje w tym państwie zawód fizjoterapeuty
- d. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zdobyte w zawodzie fizjoterapeuty wydane przez organ kraju pochodzenia zgodne z dyrektywa 2005/36/WE
- e. Zaświadczenie o niekaralności w zakresie wykonywania zawodu fizjoterapeuty
- f. Zaświadczenie o braku zakazu wykonywania zawodu fizjoterapeuty w kraju pochodzenia/uznania kwalifikacji
- g. Zaświadczenie określające charakter, okres i rodzaj wykonywanej działalności, wydane przez państwo usługodawcy
- h. Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu fizjoterapeuty lub inny dokument potwierdzający wykonywanie przez fizjoterapeutę danej działalności przez co

najmniej rok w okresie ostatnich dziesięciu lat albo dokument potwierdzający ukończenie kształcenia regulowanego – UWAGA: dokument wymagany tylko w przypadku gdy zawód fizjoterapeuty nie jest regulowany w państwie siedziby usługodawcy

- i. Oświadczenie o znajomości języka polskiego w stopniu wystarczającym do prowadzenia działalności w Polsce jako Fizjoterapeuta
- j. Kopia zawiadomienia do ZUS o usłudze transgranicznej

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

.....

(miejsowość i data)

(podpis usługodawcy)

Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie (02-001) przy al. Jerozolimskich 93 jako administrator Pani/Pana danych osobowych informuje, że przetwarza dane zawarte w oświadczeniu oraz dołączonych dokumentach w związku z zamiarem świadczenia przez Pana/Panią usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże konieczne dla właściwego rozpatrzenia wniosku. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego stanowi załącznik nr 1 do wzoru oświadczenia. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail: iod@kif.info.pl.

Klauzula obowiązku informacyjnego

w ramach oświadczenia dotyczącego zamiaru świadczenia usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku ze złożonym oświadczeniem dotyczącym zamiaru świadczenia usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jest Krajowa Izba Fizjoterapeutów z siedzibą w Warszawie przy al. Jerozolimskich 93, 02-001 Warszawa (dalej jako: „KIF”).
2. Wszelkie kwestie związane z ochroną danych osobowych można zgłaszać bezpośrednio do powołanego Inspektora Ochrony Danych za pośrednictwem adresu e-mail: iod@kif.info.pl.
3. Dane przetwarzane są w celu rozpatrzenia złożonego wniosku związanego z zamiarem świadczenia usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Zakres danych osobowych obejmuje: imiona, nazwiska, datę i miejsce urodzenia, obywatelstwo oraz państwo usługodawcy. Dodatkowo w celach kontaktowych wnioskodawca wskazuje adres do korespondencji a także nieobligatoryjnie adres e-mail i/lub numer telefonu. Podanie tych danych usprawni kontakt z osobą składającą oświadczenie. Dane przetwarzane są w oparciu o art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (dalej jako: Rozporządzenie) w związku z ustawą z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i ustawą z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty.
4. Administrator danych osobowych informuje, że ma również prawo do przetwarzania danych w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń z uwagi na prowadzoną działalność lub obrony przed nimi. Dane nie podlegają profilowaniu ani zautomatyzowanemu przetwarzaniu.
5. Podanie danych osobowych jest w pełni dobrowolne jednak niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia oświadczenia. Niepodanie lub niewłaściwe wskazanie danych może utrudnić lub nawet uniemożliwić jego rozpatrzenie. W przypadku odrzucenia złożonych dokumentów, dane zostaną niezwłocznie usunięte z bazy. Jeśli natomiast oświadczenie zostanie pozytywnie zweryfikowane i wnioskodawca rozpocznie świadczenie usługi transgranicznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, dane przetwarzane będą kolejno

przez czas jej trwania. Następnie dane przetwarzane mogą być również przez okres niezbędny do ewentualnego dochodzenia roszczeń z tego tytułu wynikający z obowiązujących przepisów prawa. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane są usuwane lub poddawane trwałej anonimizacji.

6. W ramach prowadzonej działalności, dane osobowe mogą być przekazywane do innych podmiotów dostarczających KIF niezbędne usługi. Do nich zaliczać mogą się dostawcy usług informatycznych, firmy kurierskie czy te zajmujące się zewnętrznym doradztwem.
7. Przetwarzane dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej, jednakże administrator każdorazowo zapewnia, że odbywać się to będzie z uwzględnieniem przepisów prawa i w oparciu o stosowną umowę powierzenia zawierającą standardowe klauzule umowne.
8. Krajowa Izba Fizjoterapeutów zapewnia prawo dostępu do danych, możliwość ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Osobie, której dane dotyczą przysługuje także uprawnienie do złożenia wobec KIF sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przenoszenia danych do innego administratora danych. Informujemy także o przysługującym prawie wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych. Administrator zachęca, aby wszelkie sprawy związane z tematem ochrony danych osobowych zgłaszane były bezpośrednio do Inspektora Ochrony Danych na adres e-mail wskazany w niniejszym obowiązku informacyjnym.