



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO

**Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę staży kierunkowych dla
fizjoterapeutów w dziedzinie**

.....

Nazwa stażu:

.....
.....
.....

**Nazwa jednostki szkolącej akredytowanej do prowadzenia specjalizacji (dane jednostki
nadrzędnej i komórki organizacyjnej) adres siedziby, numer telefonu, e-mail:**

.....
.....
.....

**Miejsce realizacji stażu (dane jednostki nadrzędnej i komórki organizacyjnej prowadzącej staż,
z którą jednostka akredytowana podpisała porozumienie) numer telefonu, e-mail:
(jeżeli staż jest organizowany we własnej strukturze, jednostka nie uzupełnia tego pola)**

.....
.....
.....

Termin stażu:

.....

Liczba osób skierowanych na staż:

Jednostka szkoląca

Kierownik stażu

data, czytelny podpis

data, czytelny podpis