

O Ś W I A D C Z E N I E *

Potwierdzam objęcie kierownictwa nad specjalizacją

Pana / Pani

w dziedzinie **FIZJOTERAPII**

Miejsce odbywania specjalizacji **Klinika Rehabilitacji**

Ośrodek posiada akredytację przyznaną przez CMKP.

Imię i nazwisko Kierownika specjalizacji

Stopień naukowy, stanowisko

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w Oświadczeniu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
data

.....
podpis i pieczęć kierownika specjalizacji

.....
podpis i pieczęć kierownika Kliniki Rehabilitacji

.....
podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne