**Søknad om godkjenning som spesialist, MNMF**

|  |
| --- |
| **Navn:** |
| **Adresse (privat):** |
| **Postnummer og -sted:****(privat)** |
| **Telefon (privat):** |
| **E-post (privat) :** |
| **Arbeidssted:** |
| **Adresse (arbeidssted):** |
| **Postnummer og -sted:****(arbeidssted)** |
| **Telefon (arbeid):** |
| **E-post (arbeid) :** |
| **Eksamensår manuellterapeututdanning (vedlegg 0.1):**  |
| **Autorisasjonsår som fysioterapeut i Norge (vedlegg 0.2):** |
| **Godkjent for takst A8-kompetanse (vedlegg 0.3)** |
| **Eventuell navneendring (vedlegg 0.4):** |

**Medlemskap i NMF er en forutsetning for at søknaden skal bli behandlet.**

***Søkeren må fremskaffe og sende inn dokumentasjon. All dokumentasjon skal bestå av bekreftede kopier.***

Gebyr for godkjenning er kr. 1000.-

Søknadene behandles løpende av NMFs spesialistutvalg.

Avslag på søknaden kan ankes til NMFs styre. Frist for å anke er fire uker. Ankeavgjørelser i styret fattes med alminnelig flertall og er endelig.

**Søknaden sendes til:**

**Norsk Manuellterapeutforening**

**Torggata 12, 0181 Oslo**

**Spørsmål rettes til:**

**post@manuell.no**

1. **Manuellterapeututdanning**

Søkerne må dokumentere utdanning tilsvarende to år klinisk masterutdanning ved norsk universitet. Utdanningen må være godkjent av Helsedirektoratet og gi rett til å bruke A8.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Utdanning | Arrangør | Årstall | Studiepoeng |
| 1.1 |  |  |  |  |

1. **Deltakelse i kollegaveiledningsgruppe**

Søkere med utdanning fra Universitetet i Bergen de siste 7 år trenger ikke fylle ut dette punktet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Leder | Sted | Dato |
| 2.1 |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |

**3. Praksisdokumentasjon for tre årsverk praksis**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Praksissted | Fra | Til | Timetall/% stilling |  |
| 3.1 |  |  |  |  |  |
| 3. 2 |  |  |  |  |  |
| 3. 3 |  |  |  |  |  |
| 3. 4 |  |  |  |  |  |

I praksis dokumentasjon skal det fremgå om du har hatt permisjoner (fra-til) og årsak til eventuell permisjon. Videre må det tydelig fremgå arbeidsområder, og det timeantall du har arbeidet pr. uke. Tellende praksis er begrenset oppad til 100% stilling, nedad til 50% stilling.

|  |
| --- |
| Underskrift: Sted: Dato: |
| **Offentliggjøring av godkjenning som spesialist*** **Jeg gir herved min tillatelse til at NMF kan offentliggjøre min godkjenning som spesialist i aktuelle fora deriblant på internett, med opplysning om arbeidssted, telefonnummer og e-post. Opplysningene som vises på nettsidene, hentes fra medlemsregisteret.**

 Dato/signatur:………………………………………………………………………………………………. |