**Søknad om godkjenning som «Manuellterapeut, spesialist i idrettsmedisin, 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) :** |
| **Helsepersonellnummer:** |
| **Utskrift av din registrering hos Statens Autorisasjonskontor (**[**https://hpr.sak.no/hpr**](https://hpr.sak.no/hpr)**), vedlegg til 0.1** |

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

***Søkeren er 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.

1. **Generelt**

**0.1 Manuellterapeututdanning**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Utdanning | Arrangør | Årstall | Studiepoeng |
| 0.1 |  |  |  |  |

1. **Spesialistutdanning**
   1. **Obligatoriske utdanninger og kurs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Utdanningens navn | Arrangør | Årstall | Studiepoeng/  År utdanning |
| 1.1.1 |  |  |  |  |
| 1.1.2 |  |  |  |  |
| 1.1.3 |  |  |  |  |
| 1.1.4 |  |  |  |  |
| 1.1.5 |  |  |  |  |
| 1.1.6 |  |  |  |  |
| 1.1.7 |  |  |  |  |
| 1.1.8 |  |  |  |  |
| 1.1.9 |  |  |  |  |
| 1.1.10 |  |  |  |  |
| Ytterligere utdanning, legg ved dokumentasjon. | | | | |

**1.2 Foredrag/poster/publikasjon/forskningsdeltakelse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Foredrag, poster, artikkelpublisering, deltakelse i forskning mv | Dato |
| 1.2.1 |  |  |
| 1.2.2 |  |  |
| 1.2.3 |  |  |
| 1.2.4 |  |  |
| 1.2.5 |  |  |
| 1.2.6 |  |  |

* 1. **Andre idrettsmedisinske kurs, konferanser og seminarer, 100 timer**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Kurs/konferanse navn | Arrangør | Årstall | Timer |
| 1.3.1 |  |  |  |  |
| 1.3.2 |  |  |  |  |
| 1.3.3 |  |  |  |  |
| 1.3.4 |  |  |  |  |
| 1.3.5 |  |  |  |  |
| 1.3.6 |  |  |  |  |
| 1.3.7 |  |  |  |  |
| 1.3.8 |  |  |  |  |
| 1.3.9 |  |  |  |  |
| 1.3.10 |  |  |  |  |
| Ytterligere kurs, konferanser, seminarer mv., legg ved dokumentasjon. | | | | |

* 1. **Hospitering, 7 timer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Hospiteringssted | Dato | Timer |
| 1.4 |  |  |  |

1. **Deltakelse i kollegaveiledningsgruppe**

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

**3. Dokumentasjon på spesialistpraksis**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vedlegg nr. | Praksissted | Fra | Til | Timetall/  % stilling |  |
| 3.1.1 |  |  |  |  |  |
| 3.1.2 |  |  |  |  |  |
| 3.1.3 |  |  |  |  |  |
| 3.1.4 |  |  |  |  |  |
| 3.1.5 |  |  |  |  |  |

I dokumentasjon av praksis 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:………………………………………………………………………………………………. |

**Søknaden sendes til:**

**Norsk Manuellterapeutforening**

**Torggata 12, 0181 Oslo**

**Spørsmål rettes til:**

[**post@manuell.no**](mailto:post@manuell.no)