**K-shiatsu terapeut tase 5 kutse taastõendamise avaldus**

|  |  |
| --- | --- |
| **TAOTLEJA** | *Täidab taotleja* |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |
| Elukoha aadress |  |
| Telefoninumber |  |
| E-posti aadress |  |
| Töökoht |  |
| Koduleht/Facebooki leht |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AVALDUSELE LISATUD DOKUMENTIDE LOETELU:** | **Lehti**  *Täidab taotleja* | **Märge vastavuse kohta**  *Täidab TAM Kutsekoda* |
| Isikut tõendava dokumendi koopia |  |  |
| Vormikohane CV – *vt Lisa 3* |  |  |
| Varasema sama taseme kutsetunnistuse koopia |  |  |
| Erialase täiendkoolituse läbimist tõendav dokument (60h) |  |  |
| Maksekorraldus kutse taastõendamise tasu kohta |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NÕUSOLEKU ANDMINE** *Täidab taotleja* | |
|  | Annan nõusoleku, et kutse saamisel minu ees- ja perekonnanimi ning muud kutsetunnistusega seotud isikuandmed (v.a. isikukood) avalikustatakse TAM Kutsekoja Kutseregistris. *(kirjuta kastikesse JAH või EI)* |
| Käesolevat dokumenti allkirjastades annan kutse andjale, Eesti Täiend- ja Alternatiivmeditsiini Nõukojale, nõusoleku kutse taotlemisega seotud dokumentide ja andmete töötlemiseks. | |
| Kinnitan, et kõik käesolevas taotluses esitatud andmed on tõesed.  Kutse taotleja: */Allkirjastatud digitaalselt/* | |

|  |  |
| --- | --- |
| **MÄRGE AVALDUSE VASTUVÕTMISE KOHTA** *(Täidab TAM Kutsekoda)* | |
| *Avalduse saabumise kuupäev* |  |
| *Vastuvõtnud isiku nimi* |  |
| *Registreerimise number* |  |
| **MÄRGE TAOTLEJALE TEATISE SAATMISE KOHTA** *(Täidab TAM Kutsekoda)* | |
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |