

**LISA 2b. KUTSE TAASTÕENDAMISE AVALDUS TOITUMISTERAPEUDILE**

## **ANDMED TAASTÕENDAJA KOHTA**

| Ees- ja perekonnanimi |  |
| --- | --- |
| Isikukood |  |
| Telefon |  |
| Postiaadress |  |
| E-posti aadress |  |
| Töökoht (asutuse nimetus) |  |
| Ametinimetus |  |

## **HARIDUSKÄIK**

| Tunnistuse väljastanud organisatsiooni nimi | Eriala | Lõpetamise aasta |
| --- | --- | --- |
|
| Kõrghariduse andmed | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Toitumisterapeudi, tase 6 kutsestandardile vastav haridus ja õppemaht\* | |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Hariduse mittevastavusel taotletavale erialale on vaja tõendada kutse taotlemiseks minimaalselt nõutav kutsealane kompetents VÕTA korras.

Võõrkeelse koolituse läbimist tõendav dokument peab olema eestikeelse tõlkega ja kinnitatud notariaalselt.

## **TÄIENDUSÕPE**

Viimase viie aasta jooksul läbitud erialased täienduskoolitused ( vähemalt 100 akadeemilist tundi), millest 25% võivad olla erialaga kaudselt seotud (meditsiin, sotsiaaltöö, juriidika, psühholoogia jne) \*

| Koolitusasutuse nimetus | Koolituse nimetus | Tundide arv |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Vajadusel lisa ridu*

\*Kui täienduskoolituse nimetuses ei kajastu erialase koolituse olemus, kirjelda koolituse sisu seost erialaga.

## **ERIALASELTSIDESSE, -LIITUDESSE, -ÜHINGUTESSE KUULUMINE**

## (Nimetage ainult kutsega seotud)

| Nimetus | Liitumise aeg |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Vajadusel lisa ridu*

**ERIALANE NÕUSTAMISKOGEMUS**

| Tegevus | jah | ei |
| --- | --- | --- |
| Kinnitan, et olen viinud läbi toitumisteraapia alast nõustamist vähemalt 100-le kliendile viimase viie aasta jooksul |  |  |
| Olen teadlik, et kutsekomisjon võib kontrollida minu kliendinõustamiste olemasolu |  |  |

*Vastav kinnitus märkida tähisega ”X” veerus ”jah” või ”ei”*

## **AVALDUSELE LISATAVAD DOKUMENDID**

| Dokumendi nimetus (koopia) | jah |
| --- | --- |
| 1. Isikut tõendava dokumendi (ID-kaart või pass) koopia |  |
| 2. Haridust tõendavate dokumentide koopiad |  |
| 3. Maksekorralduse koopia |  |

*Vastav kinnitus märkida tähisega ”X” veerus ”jah”*

**Kinnitan, et:**

| Tegevus või soov | jah | ei |
| --- | --- | --- |
| Olen tutvunud toitumisterapeudi, tase 6 kutsestandardi, kutse andmise korra, hindamisstandardi ja selle lisadega |  |  |
| Avalduses esitatud informatsioon on tõene |  |  |
| Nõustun oma nime avalikustamisega kutseandja kodulehel kutse saanute nimistus |  |  |
| Nõustun oma ees-ja perekonnanime ning sünniaja avalikustamisega kutseregistris |  |  |
| Soovin kutsetunnistust paberkandjal |  |  |

| Annan oma nõusoleku minu isikuandmete töötlemiseks kutse andmise protsessiga seotud toiminguteks |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mõistan, et kutseandja kasutab minu isikuandmeid vaid minuga seotud kutse andmise protsessi teostamise eesmärkidel |  |  |
| Mõistan, et kutseandja on seoses minu kutse taotlemisega kohustatud säilitama minu isikuandmeid ka pärast kutse taotlemise protsessi lõppu ning nimetatud asjaoludel annan selleks oma nõusoleku, arvestades, et andmeid säilitatakse kuni kohustusliku säilitustähtaja lõpuni |  |  |
| Avalduse allkirjastamisel olen teadlik, et mul on õigus:   * igal ajal pöörduda kutseandja poole oma isikuandmete täpsustamiseks või parandamiseks; * oma isikuandmete töötlemise kohta päringute sh väljavõtete ja koondväljavõtete taotlemiseks; * esitada vastuväiteid oma isikuandmete töötlemise suhtes, kui see põhineb õigustatud huvil; * taotleda oma isikuandmete kustutamist, kui isikuandmete töötlemiseks puudub õiguslik alus; * piirata oma isikuandmete töötlemist kohalduvate õigusaktide alusel; * taotleda vabatahtlikult oma isikuandmete edastamist kolmandatele isikutele |  |  |

*Vastav kinnitus märkida tähisega ”X” veerus ”jah” või ”ei”*

**Kuupäev: Allkiri:** */allkirjastatud digitaalselt/*