

ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki
Wydział Zarządzania Kryzysowego

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Nazwisko panięskie

3. Data i miejsce urodzenia

4. Numer PESEL

5. Miejsce stałego zameldowania
(kod) (miejscowość)

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

6. Adres do korespondencji:
(kod) (miejscowość)

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

Telefon kontaktowy: domowy.....komórkowy.....służbowy.....

7. Rodzaj ukończonej szkoły: *Wyższa
(* zaznacz właściwe)

*Policealna

8. Nazwa Szkoły Wyższej/ Policealnej.....

9. Nazwa tytułu na dyplomie: *.....

*.....

*.....

inne (jakie)

10. Data wydania i numer dyplomu potwierdzającego kwalifikacje.....

.....
.....

11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa dysponenta jednostki – Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
.....
.....
.....

12. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego.....

.....
(data)

.....
(podpis wnioskującego)

(Oświadczenie wypełnia wnioskodawca)

Załącznik:

1. Kopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej / policealnej

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 , poz. 926 z późn. Zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskującego)