

ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO RATOWNIKÓW 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:**
(* zaznacz właściwe)

***Wyższa**

***Policealna**

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

9. **Nazwa tytułu na dyplomie:** *.....

*.....

*.....

inne (jakie)

10. **Data wydania i numer dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu ratownika medycznego**

.....
.....

11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa podmiotu zatrudniającego)

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

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)