

## ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY PRZEBIEGU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy  
Wydział Bezpieczeństwa i 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:**

\*ratownik medyczny

\* licencjat na kierunku zdrowie publiczne w specjalności ratownictwo medyczne

\*licencjat na kierunku ratownictwo medyczne

inne (jakie ) .....

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

.....  
.....

## 11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa podmiotu zatrudniającego)

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

## 12. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego.....

\* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r.:

§ 6.2 „Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym uzyskano dyplom uprawniający do wykonywania zawodu ratownika medycznego”.

§ 9 „Pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia 2008 r.”

.....  
( data )

.....  
(podpis wnioskującego )

### Załącznik:

1. Kopia dyplomu ukończenia szkoły wyższej / policealnej związanej z ratownictwem medycznym

### (Oświadczenie wypełnia wnioskodawca)

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 ratowników medycznych.

.....  
( data )

.....  
(podpis wnioskującego)

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) posiadam uprawnienia do zajmowania stanowiska ratownika medycznego

.....  
( data )

.....  
(podpis wnioskującego)

### **Instrukcja wypełniania i dostarczenia zgłoszenia do Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.
2. Po wypełnieniu, należy go wysłać za pośrednictwem poczty na adres:  
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy  
Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego  
ul. Jagiellońska 3 85-950 Bydgoszcz
3. Wniosek można złożyć także osobiście w Kancelarii Ogólnej KPUW w Bydgoszczy lub Sekretariacie WBZK KPUW w Bydgoszczy.
4. Po sprawdzeniu poprawności wypełnionego wniosku przez osobę upoważnioną w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy zostanie wydana „Karta przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego”.
5. Wystawiona karta zostanie wysłana, za pośrednictwem poczty, do ratownika medycznego na adres korespondencyjny wskazany we wniosku.
6. W przypadku pytań i wątpliwości proszę o kontakt pod numer telefonu: (052) 34-97-398 lub (052) 34-97-388.