

## 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. Seria i Numer dowodu osobistego .....

6. Obywatelstwo - .....

7. Miejsce stałego zameldowania .....  
( kod ) ( miejscowość )

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

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

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

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

Adres skrzynki elektronicznej (e-mail) - .....

9. Rodzaj ukończonej szkoły: \*Wyższa

(\* zaznacz właściwe)

\*Policealna

10. Nazwa i adres Szkoły Wyższej / Policealnej: .....

11. Nazwa tytułu na dyplomie: \*ratownik medyczny

\* licencjat na kierunku zdrowie publiczne w specjalności ratownictwo medyczne

\*licencjat na kierunku ratownictwo medyczne

inne (jakie) .....

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

.....

**13. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa i adres podmiotu zatrudniającego)**

.....

.....

.....

**14. 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.