

ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY PRZEBIEGU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Nazwisko panińskie

3. Data i miejsce urodzenia

4. Numer PESEL

5. Seria i Numer dowodu osobistego

6. Obywatelstwo

7. Adres miejsca zamieszkania (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:

12. Data i numer wydania pierwszego dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

13. Data zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego.....

14. Miejsce i adres wykonywania zawodu (nazwa podmiotu zatrudniającego)

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

15. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego, na który ma być wydana karta

* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych: § 3.2. "Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym dysponent jednostki zatrudnił dyspozytora medycznego albo zawarł z nim umowę cywilnoprawną"; § 8 "Osoba, która w dniu wejścia w życie rozporządzenia wykonuje zadania na stanowisku dyspozytora medycznego, rozpoczyna pierwszy okres edukacyjny z dniem 1 stycznia 2008 r."

.....
(data)

.....
(podpis wnioskującego)

Załącznik:

1. Kopia dyplomu ukończenia pierwszej szkoły wyższej / policealnej w zawodzie ratownika medycznego

Informacja dla osób, od których zbierane są dane osobowe

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Kujawsko-Pomorski, adres: ul. Jagiellońska 3, 85-950 Bydgoszcz, e-mail: pok@bydgoszcz.uw.gov.pl,
2. inspektorem ochrony danych w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy jest Jerzy Gerszewski, e-mail: jgerszewski@bydgoszcz.uw.gov.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania karty doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego na podstawie przepisu art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, § 10 ,
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Oddziału Państwowego Ratownictwa Medycznego Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej
7. Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a także prawo do cofnięcia w dowolnym momencie udzielonej przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. W przypadku uznania, przez Panią/Pana, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, którym jest *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych* – Edyta Bielak - Jomaa,
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest Pani/Pana obowiązkiem, którego niewykonanie skutkować będzie niewydaniem karty przebiegu doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego.
10. Pani/na dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

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 dyspozytora medycznego”.
5. Wystawiona karta zostanie wysłana, za pośrednictwem poczty, do dyspozytora 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.