

ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY PRZEBIEGU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Nazwa właściwego Urzędu Wojewódzkiego

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: *ratownik medyczny

* licencjat na kierunku zdrowie publiczne w specjalności ratownictwo medyczne

*licencjat na kierunku ratownictwo medyczne

inne (jakie)

12. Data i numer wydania pierwszego dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

.....

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

.....

.....

.....

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

* 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 2017 r. poz. 2195) 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:
Nazwa i adres właściwego Urząd Wojewódzki
3. Wniosek można złożyć także osobiście w Kancelarii Ogólnej Urzędu
4. Po sprawdzeniu poprawności wypełnionego wniosku 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.