

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 panięskie

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 dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

.....

.....

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

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

14. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego.....

* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007 r.:

§ 5.2. "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 szkoły wyższej / policealnej

(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 dyspozytora 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 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.