

WZÓR

Numer karty

KARTA USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO RATOWNIKA MEDYCZNEGO

.....
pieczęć Krajowej Rady Ratowników Medycznych

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Nazwa i adres podmiotu, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód:

.....

.....

Okres edukacyjny rozpoczęty dnia:

.....

I. KURS DOSKONALĄCY

Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego		Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji kursu doskonalącego		
Termin kursu doskonalącego	Czas trwania kursu doskonalącego (liczba godzin dydaktycznych)	Potwierdzenie zaliczenia kursu doskonalącego (podpis organizatora kursu lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>		
<i>do dnia</i>		

Liczba punktów edukacyjnych:

II. FORMY USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO INNE NIŻ KURS DOSKONALĄCY**Część A.**

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>	
<i>do dnia</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>	
<i>do dnia</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>	
<i>do dnia</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>	
<i>do dnia</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia</i>	
<i>do dnia</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Część B.

Forma ustawicznego rozwoju zawodowego	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratownika medycznego (podpis)	Liczba punktów edukacyjnych

III. INFORMACJA O DOPEŁNIENIU OBOWIĄZKU USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

Na podstawie wpisów w karcie ustawicznego rozwoju zawodowego oraz dokumentów potwierdzających realizację wpisanych w nią form ustawicznego rozwoju zawodowego, potwierdza się, że

Pan/Pani*
imię (imiona) i nazwisko ratownika medycznego

dopełnil(a)

obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w czasie pięcioletniego okresu edukacyjnego w terminie:

od roku do roku.

.....
podpis Prezesa Krajowej Rady Ratowników Medycznych

* Niewłaściwe skreślić