**Wniosek o udzielenie zgody przez Ministra Zdrowia
na wykonywanie zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna *(zaznacz właściwe)*

|  |
| --- |
| Imię (Imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |
| Znajomość języka polskiego (zaznacz właściwe) Nie znam języka  Podstawowy  Średni  Zaawansowany  |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail:  |

**Podstawa do udzielenia zgody - art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym** (Dz. U. z 2020 r. poz. 882 z późn. zm.):

1. Potwierdzenie kwalifikacji (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
| Dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego (data i miejsce wydania dokumentu oraz jego numer): |

B. Doświadczenie zawodowe (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
| Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego (data i miejsce wydania dokumentu oraz jego numer):Wykształcenie ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |
| Okres zatrudnienia potwierdzający wykonywanie zadań zawodowych, o których mowa w art. 11 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym: |
| Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy -miejsce, stanowisko, stosunek pracy):1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |

**Do wniosku dołączam:**

1. Oświadczenieo posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych.

2. Dokument poświadczający, że stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu ratownika medycznego.

3. Dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego lub dokument potwierdzający uzyskane kwalifikacje oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego .

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania zgody[[2]](#footnote-2)**

 Data i podpis………………………………………………

1. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-1)
2. Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia można uzyskać pod linkiem: https://www.gov.pl/web/zdrowie/dane-osobowe. [↑](#footnote-ref-2)