

WNIOSEK O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA
MEDYCZNEGO

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE



WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

IMIĘ (IMIONA)											
NAZWISKO											
DATA I MIEJSCE URODZENIA											
PESEL, a w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania											
ADRES ZAMIESZKANIA	MIEJSCOWOŚĆ										
	KOD POCZTOWY										
	ULICA										
	NUMER BUDYNKU										
	NUMER MIESZKANIA										
Nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada											
ADRES DO KORESPONDENCJI	MIEJSCOWOŚĆ										
	KOD POCZTOWY										
	ULICA										
	NUMER BUDYNKU										
	NUMER MIESZKANIA										
RODZAJ UKOŃCZONEJ SZKOŁY	ZAZNACZ WŁAŚCIWE: ☐ SZKOŁA WYŻSZA ☐ SZKOŁA POLICEALNA										
NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ / POLICEALNEJ											
NAZWA TYTUŁU NA DYPLOMIE	ZAZNACZ WŁAŚCIWE: ☐ RATOWNIK MEDYCZNY ☐ LICENCJAT NA KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE W SPECJALNOŚCI RATOWNICTWO MEDYCZNE ☐ LICENCJAT NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE ☐ INNE JAKIE:										

WNIOSEK O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE

	Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikację:
--	---

Data uzyskania pierwszego dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego	
Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego ¹	

..... (data)	 (podpis wnioskującego)
(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)	
Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195 ze zm.) posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego.	
..... (data)	 (podpis wnioskującego)

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).	
..... (data) (podpis wnioskującego)	
SPOSÓB ODBIORU KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO	ZAZNACZ WŁAŚCIWE: ☐ OSOBIŚCIE ☐ WYSŁANIE POCZTĄ

¹ należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego - 1 styczeń roku następnego po uzyskaniu pierwszego tytułu ratownika medycznego (dotyczy osób które uzyskały dyplom po 1 stycznia 2008 roku) - oraz w przypadku kolejnego wniosku należy określić którego okresu dotyczy wniosek np.: I okres edukacyjny ; II okres edukacyjny itp.