|  |
| --- |
| **WNIOSEK O WPIS NA LISTĘ PODMIOTÓW UPRAWNIONYCHDO PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO** |
| **CZĘŚĆ I. DANE DOTYCZĄCE KURSU DOSKONALĄCEGO** |
| ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................(nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzeniakursu doskonalącego) |
|  | **WYPEŁNIA WOJEWODA** |
| Data wpłynięcia wniosku: | Liczba załączników: |
| Zweryfikowano pod względem formalnym | Data: |
| Przesłano do CMKP | Data: |
| Wezwano do uzupełnienia brakówformalnych | Data: |
| **WYPEŁNIA CMKP** |
| Data wpłynięcia wniosku |  |
| Nr wpisu na listę |  |

|  |
| --- |
| **1) Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:**Nazwa albo firma: ......................................................................................................................Adres: .........................................................................................................................................Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |
| **2) Osoba będąca przedstawicielem podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursudoskonalącego do kontaktu w sprawach organizacyjnych:**Imię i nazwisko: .......................................................................................................................Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................E-mail służbowy: ......................................................................................................................... |
| **3) Kierownik kursu doskonalącego:**Imię i nazwisko: .........................................................................................................................Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy: ...................................................................Numer telefonu służbowego: .......................................................................................................E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |
| **4) Miejsce realizacji kursu doskonalącego:**Nazwa albo firma: ......................................................................................................................Adres: .........................................................................................................................................Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................Numer faxu służbowego: ...........................................................................................................E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **5) Baza dydaktyczna, w której będzie realizowany kurs doskonalący:** |
|  | Lp. | Liczba sal dydaktycznych1) | WpisaćTAK, jeżeliposiada |
| 1 | Sala wykładowa wyposażona w laptop + rzutnik multimedialny |  |
| 2 | Sala ćwiczeń 1 |  |
| 3 | Sala ćwiczeń 2 |  |
| 4 | Sala ćwiczeń 3 |  |
|  |
| **6) Sprzęt dydaktyczny, który będzie używany w czasie trwania kursu doskonalącego:** |
|  | Lp. | Rodzaj sprzętu dydaktycznego1) | Wpisać TAK,jeżeli posiada |  |
| 1 | Manekin szkoleniowy osoby dorosłej |  |
| 2 | Manekin szkoleniowy dziecka 5–7 lat |  |
| 3 | Manekin szkoleniowy niemowlęcia |  |
| 4 | Manekin do nauki intubacji osoby dorosłej |  |
| 5 | Manekin do nauki intubacji dziecka 5–7 lat |  |
| 6 | Manekin do nauki intubacji niemowlęcia |  |
| 7 | Manekin do nauki odbierania porodu |  |
| 8 | Zestaw sprzętu medycznego |  |
| 9 | Sprzęt informatyczny i łączności |  |

|  |
| --- |
| **7) Kadra dydaktyczna, prowadząca zajęcia w czasie kursu doskonalącego:** |
|  | Lp. | Kadra dydaktyczna1) | Liczba osób |  |
| 1 | Lekarz – lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PaństwowymRatownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882.), w szczególności specjalista medycynyratunkowej (min. 5 lat doświadczenia w udzielaniuświadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynnościratunkowych) |  |
| 2 | Pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6ustawy (min. 5 lat doświadczenia w wykonywaniumedycznych czynności ratunkowych) |  |
| 3 | Ratownik medyczny (min. 5 lat doświadczeniaw wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 4 | Pielęgniarka/położna (min. 5 lat doświadczeniazawodowego) |  |
| 5 | Psycholog (min. 3 lata doświadczenia zawodowego) |  |
|  |
| 1) Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla ratowników medycznychw ramach doskonalenia zawodowego”. |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II.** |
| **Szczegółowy harmonogram kursu dla ratowników medycznych(z podziałem na dni – każdy dzień na osobnej stronie)** |
| **Dzień …… (1–6) Data: ……-…….……-…..….(dzień, miesiąc, rok)** |
| **A. Wykłady** |
| Lp. | Godzinaod–do | Temat wykładu | Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy/prowadzącego –kwalifikacje2) | Liczbagodzindydaktycznych3) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin wykładu |  |

|  |
| --- |
| **B. Ćwiczenia z użyciem sprzętu dydaktycznego** |
| Lp. | Godzinaod–do | Grupa | 1) Temat zajęć praktycznych / ćwiczeń2) Sprzęt dydaktyczny użyty w czasie zajęć | Tytuł, imię i nazwisko prowadzącego/instruktora –kwalifikacje2) | Liczbagodzindydaktycznych3) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin ćwiczeń |  |
| Uwaga: Tabele A i B należy przystosować do liczby zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych danego dnia kursu, dodając lub usuwającodpowiednie wiersze. Łącznie czas zajęć jednego dnia nie może przekraczać 8 godzin dydaktycznych.Wykłady mogą być prowadzone łącznie dla wszystkich uczestników kursu. Ćwiczenia odbywają się w grupach liczących nie więcej niż10 osób + 1 instruktor, z użyciem sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia zajęć. |
| 2) Wpisać odpowiednio: lekarz medycyny ratunkowej lub lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, pielęgniarka/położna, psycholog.3) 1 godzina dydaktyczna = 45 minut. |

|  |
| --- |
| **C. Egzamin końcowy** |
| Lp. | Metody oceny wiedzy i umiejętnościpraktycznych | Liczbagodzin | Liczba pytań lub zadań |
| 1 | Sprawdzian testowy |  |  |
| 2 | Sprawdzian praktyczny |  |  |
| Razem liczba godzin egzaminu końcowego |  |  |
|  |
| ………………………………Organizator(czytelny podpis) |  | …………………………………..Kierownik kursu(czytelny podpis) |
| Data: |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III. OŚWIADCZENIA** |
| Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o uzyskanie wpisu na listę podmiotówuprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego są kompletne i zgodne z prawdą. |
| ………………………………………….....data | ...............................................................................czytelny podpis |
| Oświadczam, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kursudoskonalącego, określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym RatownictwieMedycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882.). Jestem świadomy odpowiedzialnościkarnej za złożenie fałszywego oświadczenia.4) |
| …………………………………………........data | ...............................................................................czytelny podpis |
|  |
| 4) Oświadczenia podpisuje podmiot ubiegający się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursudoskonalącego. |