Wnioskodawca

………………………… …………………………

………………………… Miejscowość i data

**Wykaz kadry dydaktycznej**

- imienna lista osób prowadzących zajęcia w ramach poszczególnych modułów nauczania podczas kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy

organizowanego w dniach …………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zawód \*** | **Miejsce pracy** | **Staż pracy  w zawodzie (w latach)** | **Moduł** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**\* Legenda:**

**L** – *lekarz systemu*

**P** – *pielęgniarka systemu*

**Ps** – *psycholog*

**R** – *ratownik medyczny*

**Rt** – *specjalista z zakresu ratownictwa technicznego*

**Rch** - *specjalista z zakresu ratownictwa chemicznego*

**Re** - *specjalista z zakresu ratownictwa ekologicznego*

**Rwo** - *specjalista z zakresu ratownictwa wodnego*

**Rwy**- *specjalista z zakresu ratownictwa wysokościowego*

podpis osoby uprawnionej

…………………………………

…………………………………