..................................................................... ..............................

(oznaczenie wnioskującej jednostki) (miejscowość, data)

**Wykaz osób posiadających uprawnienia ratownicze**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię  osoby uprawnionej** | **Uprawnienia ratownicze** (*ratownik z kpp,*  *ratownik medyczny, pielęgniarz,*  *pielęgniarka,  lekarz* **\***) | **Termin ważności uprawnień kpp** | **Nr i data wydania  zaświadczenia kpp** *(ratownik z kpp*),  **dyplomu uprawniającego wykonywanie zawodu** (*ratownik medyczny, pielęgniarz, pielęgniarka,  lekarz*) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* należy wskazać wg właściwości

.......................................................

(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej)