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

 (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)