

WNIOSEK /PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE/
O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO
DLA DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

**Wojewódzkie Centrum
Zdrowia Publicznego w Łodzi**

(wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Nazwisko panieńskie

3. Data i miejsce urodzenia

4. Numer PESEL

5. Miejsce stałego zameldowania:

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

6. Adres do korespondencji:

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

Telefon kontaktowy:

7. Rodzaj ukończonej szkoły:

(* zaznacz właściwe)

*Wyższa

*Policealna

*Inna (jaka - nazwa szkoły)

.....

8. Nazwa Szkoły Wyższej/Policealnej

.....

9. Nazwa tytułu na dyplomie:

.....

10. Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

.....

.....

(wypełnia wnioskodawca)

11. Miejsce wykonywania zawodu

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

12. Data rozpoczęcia pracy na stanowisku dyspozytora medycznego

13. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego

.....
(data)

.....
(podpis wnioskującego)

(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) posiadam uprawnienia do zajmowania stanowiska dyspozytora 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 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)