

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

**Wojewódzkie Centrum
Zdrowia Publicznego w Łodzi**

(wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Nazwisko panińskie

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

8. Nazwa Szkoły Wyższej/Policealnej

.....

9. Nazwa tytułu na dyplomie: * ratownik medyczny

(* zaznacz właściwe)

*licencjat na kierunku zdrowie publiczne
w specjalności ratownictwo medyczne

* licencjat na kierunku ratownictwo medyczne

inne (jakie)

.....

10. Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

.....

.....

(wypełnia wnioskodawca)

11. Miejsce wykonywania zawodu

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

12. Data uzyskania dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika 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 wykonywania zawodu ratownika 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)