

## ZGŁOSZENIE

Na kurs organizowany przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego– Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Łodzi

Kurs: **KURS DOSKONALĄCY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH** .....

Termin kursu: .....

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data, miejsce urodzenia i NIP:

.....

3. Adres zamieszkania (kod, nr tel.)

.....

.....

4. Zatrudnienie (obecne miejsce pracy, oddział, adres, NIP, nr tel.)

.....

.....

5. Stanowisko (funkcja) i zakres obowiązków

.....

.....

6. Wykształcenie zawodowe, data uzyskania dyplomu (dzień, miesiąc, rok)

.....

7. Odbyte szkolenia podyplomowe.....

.....

8. Staż pracy zawodowej: ogółem.....zgodny z kierunkiem kursu.....

9. Oświadczam, iż jestem ubezpieczona/y od następstw nieszczęśliwych wypadków w miejscu podstawowego zatrudnienia.

Data.....

.....

Podpis kandydata

.....  
(Pieczętka zakładu pracy)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu oraz kieruję Pana/ Panią  
na **KURS DOSKONALĄCY DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**  
w terminie.....

udzielając na ten okres urlopu szkoleniowego oraz\*

- wyrażam zgodę na pokrycie kosztów uczestnictwa w w/w kursie
- nie wyrażam zgody na pokrycie kosztów uczestnictwa w w/w kursie
- nie podlegam obowiązkowi uiszczania opłat za koszty uczestnictwa w w/w kursie

\*niepotrzebne skreślić

....., dnia.....  
(miejsowość) (pieczętka i podpis kierownika zakładu pracy)