

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

**Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego**

(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 ostatniej ukończonej szkoły związanej z ratownictwem medycznym:
(* zaznacz właściwe) *Policealna
*Wyższa

8. Nazwa Szkoły Policealnej/Wyższej

9. Nazwa tytułu na dyplomie:

10. Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

(wypełnia wnioskodawca)

11. Miejsce wykonywania zawodu

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

12. Data zatrudnienia dyspozytora medycznego lub zawarcia z nim umowy cywilnoprawnej.....

13. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego*

* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007 r.:

§ 5.2. "Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym dysponent jednostki zatrudnił dyspozytora medycznego albo zawarł z nim umowę cywilnoprawną";

§ 8 "Osoba, która w dniu wejścia w życie rozporządzenia wykonuje zadania na stanowisku dyspozytora medycznego, rozpoczyna pierwszy okres edukacyjny z dniem 1 stycznia 2008 r."

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

(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 wnioskodawcy)

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 późn. zm.).

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Instrukcja wypełniania i dostarczania wniosku do Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego:

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.
2. Po wypełnieniu, należy go wysłać za pośrednictwem poczty na adres:
Wielkopolski Urząd Wojewódzki
Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego
61-713 Poznań, Al. Niepodległości 16/18
3. Po sprawdzeniu poprawności wypełnienia wniosku przez upoważnioną osobę w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego WUW zostanie wydana "Karta doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego".
4. Wystawiona karta zostanie wysłana, za pośrednictwem poczty, do dyspozytora medycznego na adres korespondencyjny wskazany we wniosku.