

# WNIOSEK

/PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE  
DRUKOWANYMI LITERAMI/

## O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego  
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego

(wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Nazwisko panięskie .....

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: .....  
\* ratownik medyczny   
\* licencjat na kierunku zdrowie publiczne specjalności ratownictwo medyczne w   
\* licencjat na kierunku ratownictwo medyczne   
inne(jakie) .....

10. Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje: .....

(wypełnia wnioskodawca)

## 11. Miejsce wykonywania zawodu

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

## 12. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego \*.....

\* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r.:

§ 6.2. "Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym uzyskano dyplom uprawniający do wykonywania zawodu ratownika medycznego"

§ 9. "Pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się 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 ratownika 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 ratownika medycznego".
4. Wystawiona karta zostanie wysłana, za pośrednictwem poczty, do ratownika medycznego na adres korespondencyjny wskazany we wniosku.