**WARMIŃSKO-MAZURSKI URZĄD WOJEWÓDZKI W OLSZYNIE WYDZIAŁ BEZPIECZEŃSTWA I ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO**

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **NAZWISKO** |  |
| **DATA I MIEJSCE URODZENIA** |  |
| **PESEL**, a w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER MIESZKANIA |
| **Nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER MIESZKANIA |
| **RODZAJ UKOŃCZONEJ SZKOŁY** | *ZAZNACZ WŁAŚCIWE:*  **SZKOŁA WYŻSZA**  **SZKOŁA POLICEALNA** |
| **NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ / POLICEALNEJ** | ………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………....................................................... |
| **NAZWA TYTUŁU NA DYPLOMIE** | *ZAZNACZ WŁAŚCIWE:*  **RATOWNIK MEDYCZNY**  **LICENCJAT NA KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE W**  **SPECJALNOŚCI RATOWNICTWO MEDYCZNE**  **LICENCJAT NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE**  **INNE**  *JAKIE:* …………………………………………………………………………………………………………………………........................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………........................................................  *Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:*  ……………………….............................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………...............................................…………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce wykonywania zawodu dyspozytora medycznego** | **……………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Data rozpoczęcia pracy na stanowisku dyspozytora medycznego** |  |

**............................................ ………………………………………………………….**

**(data) (podpis wnioskującego)**

|  |
| --- |
| **(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)**    **Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 poz. 1868 ze 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 2016 poz. 922).**  **......................................... …………………………………………….**  **(data) (podpis wnioskodawcy)** |

1. **należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego - 1 styczeń roku następnego po uzyskaniu pierwszego tytułu ratownika medycznego (dotyczy osób które uzyskały dyplom po 1 stycznia 2008 roku) - oraz w przypadku kolejnego wniosku należy określić którego okresu dotyczy wniosek np.: I okres edukacyjny ; II okres edukacyjny itp**. [↑](#footnote-ref-1)