………....………………….…..…..…, dnia …………………………..

 *(miejscowość) (data)*

 *(pieczęć lub nazwa organu / jednostki wnioskującej)*

Wojewoda Dolnośląski[[1]](#footnote-1)

Pl. Powstańców Warszawy 1

50-153 Wrocław

**WNIOSEK**

**o udostępnienie danych zarejestrowanych w Systemie Teleinformatycznym Centrum Powiadamiania Ratunkowego oraz w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego**

1. **Podstawa prawna**

1.1 Podstawa udostępnienia danych zarejestrowanych w systemie informatycznym Centrum Powiadamiania Ratunkowego **-** art. 10 ust. 14 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748)

1.2 Podstawa udostępnienia danych zarejestrowanych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego **-** art. 24b ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r.
o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652 z późn. zm.)

1. **Rodzaj jednostki wnioskującej:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | sąd  |  | prokuratura |  | Policja |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Rzecznik Praw Pacjenta  |  | Narodowy Fundusz Zdrowia |  |

1. **Rodzaj danych, których dotyczy niniejszy wniosek o udostępnienie:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | nagranie rozmowy telefonicznej |  | opis zdarzenia |  | pozycja geograficzna |
|  |  |  |  |
|  | dane osoby zgłaszającej |  | dane innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia |

|  |  |
| --- | --- |
|  | dane teleadresowe |

1. **Potwierdzam, że zgłoszenie zostało wykonane na numer alarmowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 112 (w tym 997, 998)  |  | 999 |

Proszę o nagranie rozmowy osoby zgłaszającej z dyspozytorem medycznym ( w przypadku zestawienia rozmowy przez operatora numerów alarmowych

1. **Sygnatura / numer / oznaczenie sprawy w mojej jednostce organizacyjnej, którą należy podać w odpowiedzi na niniejszy wniosek:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Krótki opis zdarzenia umożliwiający odszukanie właściwego zgłoszenie:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Dane dotyczące zgłoszenia:**
	1. Numer telefonu, z którego wykonane zostało połączenie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. Data wykonania połączenia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| dzień | miesiąc | rok |

* 1. Godzina wykonania połączenia[[2]](#footnote-2):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| godz. | minut | sekund |  | godz. | minut | sekund |  | godz. | minut | sekund |

1. **Kontakt do osoby sporządzającej wniosek / prowadzącej sprawę:** Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

 Numer telefonu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…..…………………………………..

 *(podpis osoby upoważnionej)*

1. w imieniu Wojewody Dolnośląskiego zadanie realizuje Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, Pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław, tel. 71 368-25-04, faks 71 340-63-69, email: bz@duw.pl / Wydział Zdrowia, Pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław, tel. 71 340-69-97, faks 71 340-63-89, email: wz@duw.pl [↑](#footnote-ref-1)
2. w przypadku gdy z ustaleń wynika, że zgłaszający dzwonił na numer alarmowy kilka razy, a instytucja wnioskująca żąda wydania wszystkich nagrań z danego dnia dotyczącego podanego numeru, proszę uzupełnić pozostałe pola dotyczące godzin zgłoszenia lub wpisanie wszystkich godzin wykonania połączeń w pkt 7.3 [↑](#footnote-ref-2)