**Wniosek o udzielenie zgody przez Ministra Zdrowia   
na wykonywanie zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna *(zaznacz właściwe)*

|  |
| --- |
| Imię (Imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz państwo jego wydania: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |
| Znajomość języka polskiego (zaznacz właściwe)  Nie znam języka  Podstawowy  Średni  Zaawansowany |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail: |

**Podstawa do udzielenia zgody - art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym** (Dz. U. z 2020 r. poz. 882 z późn. zm.):

1. Potwierdzenie kwalifikacji (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
| Dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego (data i miejsce wydania dokumentu oraz jego numer): |

B. Doświadczenie zawodowe (jeżeli dotyczy)

|  |
| --- |
| Dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego (data i miejsce wydania dokumentu oraz jego numer):  Wykształcenie ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………... |
| Okres zatrudnienia potwierdzający wykonywanie zadań zawodowych, o których mowa w art. 11 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym: |
| Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy -miejsce, stanowisko, stosunek pracy):  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10. |

**Do wniosku dołączam:**

1. Oświadczenieo posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych.

2. Dokument poświadczający, że stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu ratownika medycznego.

3. Dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego lub dokument potwierdzający uzyskane kwalifikacje oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego, lub dokument wydany przez właściwy organ (dotychczasowego pracodawcę, organ samorządu zawodowego) poświadczający posiadanie co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zadań  o których mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy, uzyskane w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających datę złożenia wniosku wraz z opisem czynności zawodowych.

4\*. Kopie dyplomu wydanego poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego lub dokument potwierdzający uzyskane kwalifikacje oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego z zastrzeżeniem, że w okresie 6 miesięcy po zakończeniu konfliktu zbrojnego dośle oryginał lub notarialnie potwierdzoną kopię, lubw przypadku wyrażenia zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego na podstawie doświadczenia zawodowego, w przypadku braku dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie co najmniej 3-letniego oświadczenia zawodowego w wykonywaniu zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 ww. ustawy, uzyskane w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających udzielnie zgody.

5\*. Kopię dokumentu zawierającego opis wykonywanych czynności zawodowych wydany przez właściwy organ tj. pracodawcę u którego wnioskodawca wykonywał zadania zawodowe, o których mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 z późn. zm.) w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających datę złożenia wniosku.

6\*. Kopię dokumentu potwierdzającego przekroczenie granicy Ukrainy z Polską po dniu 24 lutym 2022 r.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uzyskania zgody[[2]](#footnote-2)**

Data i podpis………………………………………………

1. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-1)
2. \* Osoba, które po dniu 24 lutego 2022 r. przekroczyła granicę Ukrainy z Polską.

   Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia można uzyskać pod linkiem: https://www.gov.pl/web/zdrowie/dane-osobowe. [↑](#footnote-ref-2)