**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:***  ………………………............................................................................................................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data uzyskania pierwszego dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego** | **……………………………………………………………………………………………………………………………** |
| **Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego[[1]](#footnote-1)** |  |

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

**(data) (podpis wnioskującego)**

(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)

|  |
| --- |
| Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2017 poz. 2195) posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego  ...................................... ………………………………………  (data) (podpis wnioskującego) |

|  |
| --- |
| Informujemy, że:   * Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Dolnośląski, wykonujący swoje zadania przy pomocy Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, zlokalizowanego we Wrocławiu przy pl. Powstańców Warszawy 1; * Inspektor Ochrony Danych wykonuje swoje obowiązki w siedzibie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, zlokalizowanego we Wrocławiu przy pl. Powstańców Warszawy 1, pok. 2145, tel. 0713406714,  e-mail in@duw.pl; * Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: realizacji procesu kształcenia podyplomowego. * podstawą prawną przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych osobowych jest ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. * Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane zewnętrznym podmiotom. * okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych wynika z Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych z dnia 18 stycznia 2011 r.; * posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, usunięcia, przenoszenia danych w zakresie dopuszczonym przepisami prawa. * ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych; * podanie danych jest wymogiem ustawowym. * w przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja procesu kształcenia podyplomowego * Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.   Instrukcja wypełniania i dostarczania wniosku:  1. Wniosek należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami.  2. **Dołączyć kserokopię pierwszej i ostatniej strony karty** doskonalenia zawodowego ratownika medycznego ukończonego okresu edukacyjnego **zatwierdzonego przez pracodawcę.**  3. Po wypełnieniu wniosku należy go wysłać za pośrednictwem poczty na adres:   Dolnośląski Urząd Wojewódzki Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego  pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław lub złożyć osobiście w biurze podawczym Urzędu.  4. Po sprawdzeniu poprawności wypełnienia wniosku ''Karta przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego'' zostanie karta wysłana na wskazany adres do korespondencji. |
|
|
|
|
|
|

**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**.

1. [↑](#footnote-ref-1)