**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** |

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

MIEJSCOWOŚĆKOD POCZTOWYULICANUMER BUDYNKUNUMER MIESZKANIA |
| **Nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |

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

MIEJSCOWOŚĆKOD POCZTOWYULICANUMER BUDYNKUNUMER 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)