

**WNIOSEK** /PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE/  
**O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**  
**DLA DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO**

1. Imię i nazwisko .....

2. Nazwisko rodowe .....

3. Data i miejsce urodzenia .....

4. Numer PESEL .....

5. Miejsce zamieszkania: .....  
(kod) (miejscowość)

.....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

6. Adres do korespondencji: .....  
(kod) (miejscowość)

.....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

Telefon kontaktowy  
i adres e-mail: .....

7. Rodzaj ukończonej szkoły: \*Wyższa   
(\* zaznacz właściwe) \*Policealna   
\*Inna (jaka-nazwa szkoły) .....

8. Nazwa Szkoły Wyższej/Policealnej .....

9. Nazwa tytułu na dyplomie: .....

10. Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje: .....

*(wypełnia wnioskodawca)*

**11. Miejsce wykonywania zawodu**

.....  
.....  
.....  
.....

**12. Data rozpoczęcia pracy na stanowisku dyspozytora medycznego** .....

**13. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego\*** .....

.....

(data)

.....

(podpis wnioskującego)

***(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)***

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1868, z późn. zm.) posiadam uprawnienia do zajmowania stanowiska dyspozytora medycznego

.....

(data)

.....

(podpis wnioskującego)

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą.

.....

(data)

.....

(podpis wnioskującego)

\* należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego - pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się od 1 stycznia roku następnego po zawarciu umowy. Trwa on 3 lata - oraz w przypadku kolejnego wniosku należy określić którego okresu dotyczy wniosek np.: I okres edukacyjny, II okres edukacyjny.