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

(oznaczenie wnioskującej jednostki, pieczątka) (miejscowość, data)

**Wykaz osób**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię  osoby uprawnionej | Uprawnienia ratownicze (*ratownik z KPP,*  *ratownik medyczny, pielęgniarz,*  *pielęgniarka,  lekarz* \*) | Nr i data wydania  zaświadczenia KPP *(ratownik z KPP)*  dyplomu uprawniającego wykonywanie zawodu (*ratownik medyczny, pielęgniarz, pielęgniarka,  lekarz* | Termin upływu ważności uprawnień KPP |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* należy wskazać wg właściwości

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

(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej)