……………………., dnia ……………..

 (miejscowość) data

**Wojewoda Dolnośląski**

**pl. Powstańców Warszawy 1**

**50-153 Wrocław**

**WNIOSEK O ZATWIERDZENIE PROGRAMU KURSU W ZAKRESIE**

**KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

 Zgodnie z art. 13 ust.2, 3 ustawy z dnia z dnia 8 września 2006 r., o Państwowym Ratownictwie Medycznym *(tj. Dz. U. z 2016 r. poz.1868 ze zm.)*; wnioskuję o zatwierdzenie programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy dla podmiotu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **Adres podmiotu** |  |
| **Telefon, fax, e-mail** |  |
| **Imię i Nazwiskoosoby reprezentującej podmiot** |  |
| **Miejsce prowadzenia kursu** |  |
| **Imię i nazwisko kierownika merytorycznego kursu**(posiadane kwalifikacje zawodowe i posiadane uprawnienia – kopie dokumentów  |  |
| **Termin kursu**  |  |

………………………………………….

 (podpis i pieczęć dyrektora podmiotu)

**Załączniki do wniosku:**

* Program kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
* Regulamin organizacyjny kursu;
* Plan nauczania;
* Wykaz kadry dydaktyczne prowadzącej kurs wraz z kserokopią dokumentów potwierdzających kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe (wg. załączonej tabeli);
* Oświadczenie kierownika o zapewnieniu bazy dydaktycznej.