pieczątka Wrocław, dnia ……………………….

Wojewoda Dolnośląski

pl. Powstańców Warszawy 1

50-153 Wrocław

**ZGŁOSZENIE KURSU W ZAKRESIE**

**KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

Na podstawie zatwierdzonego programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy z dnia

…………………………, zgodnie z art.13 ust.2, 3 ustawy z ustawy z dnia 8 września 2006 r.
o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2195) zgłaszam kurs
w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu**  |  |
| **Adres podmiotu**  |  |
| **Telefon, e-mail**  |   |
| **Imię i Nazwisko** **osoby reprezentującej podmiot**  |   |
| **Miejsce prowadzenia kursu****i dla kogo jest prowadzony kurs kpp** |  |
| **Imię i nazwisko kierownika merytorycznego kursu**  |  |
| **Termin kursu****Data egzaminu** |   |

………………………………………….

 (podpis i pieczęć dyrektora podmiotu)

Załączniki:

1. Zgoda konsultanta wojewódzkiego dr Sokołowskiego na wyznaczenie przewodniczącego Komisji Egzaminacyjnej kursu.
2. Harmonogram wykładów (data, temat zajęć teoretycznych i praktycznych, godziny wykładów, imię
i nazwisko wykładowcy zgodnie z zatwierdzonym programem).
3. Oświadczenie o bazie dydaktycznej i wyposażeniu sal ćwiczeniowych.