-

**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** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER MIESZKANIA | |
| **Nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada** |  | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER 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**  S**PECJALNOŚCI 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 2019 poz.933 z późn. zm.) posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego  ...................................... ………………………………………  (data) (podpis wnioskującego) |

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

…………………….. …………………………………..

(data) (podpis wnioskującego)

**Instrukcja wypełniania i dostarczania wniosku:**

1.Wniosek należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami.

**2.Dołączyć kserokopię dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu.**

**3.** **Dołączyć kserokopię pierwszej i ostatniej strony karty** doskonalenia zawodowego ratownika medycznego ukończonego 5 okresu edukacyjnegozatwierdzonego przez pracodawcę.

4. Wypełniony wniosek należy złożyć osobiście w biurze podawczym Urzędu lub wysłać za pośrednictwem poczty na adres: Dolnośląski Urząd Wojewódzki Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego,  
pl. Powstańców Warszawy 1, 50-153 Wrocław.

5. Po sprawdzeniu poprawności wypełnienia wniosku ''Karta przebiegu doskonalenia zawodowego ratownika medycznego'' zostanie 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**.

|  |
| --- |
| 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, pok. 2145, e-mail iod@duw.pl; * Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: udokumentowania doskonalenia zawodowego; * 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 doskonalenia zawodowego; * Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. |
|
|
|
|
|
|

1. [↑](#footnote-ref-1)