***Wydział Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA KURSU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY – dla kursów zatwierdzonych po   
1 stycznia 2020 r -** na 14 dni przed rozpoczęciem kursu!

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu prowadzącego kurs |  |
| Adres podmiotu |  |
| Miejsce prowadzenia kursu |  |
| Termin prowadzenia kursu |  |
| Liczba uczestników |  |
| Numer i data wydania decyzji lub pisma zatwierdzającego kurs KPP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy miejsce prowadzenia kursu było zgłoszone do wydanej decyzji | TAK / NIE\* |
| - w przypadku braku zgłoszenia, należy niezwłocznie dosłać do Wydziału Zdrowia pismo z prośbą o dopisanie do wniosku miejsca prowadzenia kursu | |
| Czy kadra dydaktyczna była zgłoszona do wydanej decyzji | TAK / NIE\* |
| - w przypadku braku zgłoszenia, należy niezwłocznie dosłać do Wydziału Zdrowia pismo z prośbą o dopisanie kadry dydaktycznej do wniosku wraz ze stosownymi dokumentami potwierdzającymi trzyletnie doświadczenie zawodowe zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 r. zmieniające Rozporządzenie w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2019 poz. 2408) | |

\*niepotrzebne skreślić

***OŚWIADCZENIE***

Niniejszym oświadczam, iż nie nastąpiła zmiana programu kursu obejmująca zakres merytoryczny oraz zapewniam na potrzeby przeprowadzenia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy bazę dydaktyczną dostosowaną do liczby osób uczestniczących w kursie wraz   
z wyposażeniem zgodnym z wymaganiami określonymi w warunkach realizacji kursu   
w załączniku nr 1 Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2019 r. zmieniające Rozporządzenie w sprawie kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2019 poz. 2408).

…………………………………………

(data, czytelny podpis i pieczątka Kierownika podmiotu prowadzącego kurs)