**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIANIE):**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. IMIĘ (IMIONA)** |  |
| **2. NAZWISKO** |  |
| **3. DATA I MIEJSCE URODZENIA** |  |
| **4. PESEL**, a w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **5. ADRES ZAMIESZKANIA** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER MIESZKANIA |
| **6. NR TELEFONU ORAZ ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ, JEŻELI POSIADA** |  |
| **7. ADRES DO KORESPONDENCJI** | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  |   MIEJSCOWOŚĆ  KOD POCZTOWY  ULICA  NUMER BUDYNKU  NUMER MIESZKANIA |
| **8. RODZAJ UKOŃCZONEJ SZKOŁY (SZKÓŁ)** | *ZAZNACZ WŁAŚCIWE:*  SZKOŁA WYŻSZA  SZKOŁA POLICEALNA |
| **9. NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ LUB/I POLICEALNEJ** | ………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………....................................................... |
| **10. NAZWA TYTUŁU NA DYPLOMIE** | *ZAZNACZ WŁAŚCIWE:*  RATOWNIK MEDYCZNY  LICENCJAT NA KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE W SPECJALNOŚCI RATOWNICTWO MEDYCZNE  LICENCJAT NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE  INNE  *JAKIE:* …………………………………………………………………………………………………………………………........................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………........................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. DATA UZYSKANIA PIERWSZEGO DYPLOMU UPRAWNIAJĄCEGO DO WYKONYWANIA ZAWODU RATOWNIKA MEDYCZNEGO I JEGO NUMER** | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **12. INFORMACJE NT. OKRESU EDUKACYJNEGO – DATA ROZPOCZĘCIA[[1]](#footnote-1) I NUMER** | *Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego*  *…………………………………………………………………………………………………………………..*  *Okres edukacyjny nr ……………………..* |

**należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego –** ( pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się 1 stycznia roku następnego po uzyskaniu pierwszego tytułu ratownika medycznego)

**W przypadku wniosku o kolejną książeczkę,** należy wpisać datę rozpoczęcia kolejnego okresu edukacyjnego, który zaczyna się zawsze dnia 1 stycznia roku następnego, po zakończeniu poprzedniego okresu (okres rozliczeniowy trwa 5 lat).

**Przykład**: data uzyskania pierwszego dyplomu 20-06-2011, data rozpoczęcia okresu edukacyjnego 01-01-2012 – I okres trwający do 31-12-2016. II okres rozpoczyna się 01-01-2017 i trwa 5 lat.

**............................................ …………………………………………………………. (data) (podpis wnioskującego)**

|  |
| --- |
| **(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)**    **Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym  posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego**    **....................................... ……………………………………………**  **(data) (podpis wnioskującego)** |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 4 (Poradnik Klienta na BIP oraz www.gov.pl/web/uw-mazowiecki)**  **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących: rodzaju ukończonej szkoły, nazwy szkoły wyższej/policealnej, nazwy tytułu na dyplomie (proszę odpowiednio zaznaczyć):**  **TAK**  **NIE**  **......................................... …………………………………………….**  **(data) (podpis wnioskodawcy)** |

1. [↑](#footnote-ref-1)