**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** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

MIEJSCOWOŚĆKOD POCZTOWYULICANUMER BUDYNKUNUMER MIESZKANIA |
| **6. NR TELEFONU ORAZ ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ, JEŻELI POSIADA** |  |
| **7. ADRES DO KORESPONDENCJI** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

MIEJSCOWOŚĆKOD POCZTOWYULICANUMER BUDYNKUNUMER MIESZKANIA |
| **8. RODZAJ UKOŃCZONEJ SZKOŁY (SZKÓŁ)** | *ZAZNACZ WŁAŚCIWE LUB UZUPEŁNIJ:*  SZKOŁA WYŻSZA SZKOŁA POLICEALNA INNA  |
| **9. NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ LUB/I POLICEALNEJ/INNEJ** | ………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................………………………………………………………………………………………………………………………….......................................................…………………………………………………………………………………………………………………………....................................................... |
| **10. NAZWA TYTUŁU NA DYPLOMIE** | *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| **11. DATA UZYSKANIA PIERWSZEGO DYPLOMU POTWIERDZAJĄCEGO KWALIFIKACJE ORAZ JEGO NUMER** | *Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **12. MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU** | *…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |

|  |  |
| --- | --- |
| **13. DATA ROZPOCZĘCIA PRACY NA STANOWISKU DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO** | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **14. DATA ROZPOCZĘCIA OKRESU EDUKACYJNEGO[[1]](#footnote-1)**  | Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego………………………………………………………………………………………………………………Okres edukacyjny nr ……….. |

 **należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego –** ( pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się 1 stycznia roku następnego po zawarciu umowy) **Trwa on 3 lata** - oraz w przypadku kolejnego wniosku należy określić którego okresu dotyczy wniosek np.: I okres edukacyjny, II okres edukacyjny itp.)

**............................................ ………………………………………………………….**

**(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 dyspozytora 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, daty rozpoczęcia pracy na stanowisku dyspozytora medycznego (proszę odpowiednio zaznaczyć):** **TAK**  **NIE**  **......................................... …………………………………………….** **(data) (podpis wnioskodawcy)** |

1. [↑](#footnote-ref-1)