|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O WPIS NA LISTĘ PODMIOTÓW UPRAWNIONYCH DO PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO** | | | |
| **CZĘŚĆ I. DANE DOTYCZĄCE KURSU DOSKONALĄCEGO** | | | |
| ......................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................  (nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia  kursu doskonalącego) | | | |
|  | **WYPEŁNIA WOJEWODA** | | |
| Data wpłynięcia wniosku: | | Liczba załączników: |
| Zweryfikowano pod względem formalnym | | Data: |
| Przesłano do CMKP | | Data: |
| Wezwano do uzupełnienia braków formalnych | | Data: |
| **WYPEŁNIA CMKP** | | |
| Data wpłynięcia wniosku |  | |
| Nr wpisu na listę |  | |

|  |
| --- |
| **1) Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:**  Nazwa albo firma: ......................................................................................................................  Adres: .........................................................................................................................................  Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................  E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |
| **2) Osoba będąca przedstawicielem podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego do kontaktu w sprawach organizacyjnych:**  Imię i nazwisko: .......................................................................................................................  Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................  E-mail służbowy: ......................................................................................................................... |
| **3) Kierownik kursu doskonalącego:**  Imię i nazwisko: .........................................................................................................................  Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy: ...................................................................  Numer telefonu służbowego: .......................................................................................................  E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |
| **4) Miejsce realizacji kursu doskonalącego:**  Nazwa albo firma: ......................................................................................................................  Adres: .........................................................................................................................................  Numer telefonu służbowego: .....................................................................................................  Numer faxu służbowego: ...........................................................................................................  E-mail służbowy: ....................................................................................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5) Baza dydaktyczna, w której będzie realizowany kurs doskonalący:** | | | | | | | |
|  | Lp. | | Liczba sal dydaktycznych1) | | | Wpisać TAK, jeżeli posiada | |
| 1 | | Sala wykładowa wyposażona w laptop + rzutnik multimedialny | | |  | |
| 2 | | Sala ćwiczeń 1 | | |  | |
| 3 | | Sala ćwiczeń 2 | | |  | |
| 4 | | Sala ćwiczeń 3 | | |  | |
|  | | | | | | | |
| **6) Sprzęt dydaktyczny, który będzie używany w czasie trwania kursu doskonalącego:** | | | | | | | |
|  | | Lp. | | Rodzaj sprzętu dydaktycznego1) | Wpisać TAK, jeżeli posiada | |  |
| 1 | | Manekin szkoleniowy osoby dorosłej |  | |
| 2 | | Manekin szkoleniowy dziecka 5–7 lat |  | |
| 3 | | Manekin szkoleniowy niemowlęcia |  | |
| 4 | | Manekin do nauki intubacji osoby dorosłej |  | |
| 5 | | Manekin do nauki intubacji dziecka 5–7 lat |  | |
| 6 | | Manekin do nauki intubacji niemowlęcia |  | |
| 7 | | Manekin do nauki odbierania porodu |  | |
| 8 | | Zestaw sprzętu medycznego |  | |
| 9 | | Sprzęt informatyczny i łączności |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7) Kadra dydaktyczna, prowadząca zajęcia w czasie kursu doskonalącego:** | | | | |
|  | Lp. | Kadra dydaktyczna1) | Liczba osób |  |
| 1 | Lekarz – lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882.), w szczególności specjalista medycyny ratunkowej (min. 5 lat doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 2 | Pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 ustawy (min. 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 3 | Ratownik medyczny (min. 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 4 | Pielęgniarka/położna (min. 5 lat doświadczenia zawodowego) |  |
| 5 | Psycholog (min. 3 lata doświadczenia zawodowego) |  |
|  | | | | |
| 1) Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla ratowników medycznych w ramach doskonalenia zawodowego”. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II.** | | | | |
| **Szczegółowy harmonogram kursu dla ratowników medycznych (z podziałem na dni – każdy dzień na osobnej stronie)** | | | | |
| **Dzień …… (1–6) Data: ……-…….……-…..….(dzień, miesiąc, rok)** | | | | |
| **A. Wykłady** | | | | |
| Lp. | Godzina od–do | Temat wykładu | Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy/prowadzącego – kwalifikacje2) | Liczba godzin dydaktycznych3) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin wykładu | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B. Ćwiczenia z użyciem sprzętu dydaktycznego** | | | | | |
| Lp. | Godzina od–do | Grupa | 1) Temat zajęć praktycznych / ćwiczeń  2) Sprzęt dydaktyczny użyty w czasie zajęć | Tytuł, imię i nazwisko prowadzącego/instruktora – kwalifikacje2) | Liczba godzin dydaktycznych3) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin ćwiczeń | | | | |  |
| Uwaga: Tabele A i B należy przystosować do liczby zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych danego dnia kursu, dodając lub usuwając odpowiednie wiersze. Łącznie czas zajęć jednego dnia nie może przekraczać 8 godzin dydaktycznych.  Wykłady mogą być prowadzone łącznie dla wszystkich uczestników kursu. Ćwiczenia odbywają się w grupach liczących nie więcej niż 10 osób + 1 instruktor, z użyciem sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia zajęć. | | | | | |
| 2) Wpisać odpowiednio: lekarz medycyny ratunkowej lub lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, pielęgniarka/położna, psycholog.  3) 1 godzina dydaktyczna = 45 minut. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C. Egzamin końcowy** | | | | | |
| Lp. | Metody oceny wiedzy i umiejętności praktycznych | | Liczba godzin | | Liczba pytań lub zadań |
| 1 | Sprawdzian testowy | |  | |  |
| 2 | Sprawdzian praktyczny | |  | |  |
| Razem liczba godzin egzaminu końcowego | | |  | |  |
|  | | | | | |
| ………………………………  Organizator  (czytelny podpis) | |  | | …………………………………..  Kierownik kursu  (czytelny podpis) | |
| Data: | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ III. OŚWIADCZENIA** | |
| Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego są kompletne i zgodne z prawdą. | |
| ………………………………………….....  data | ...............................................................................  czytelny podpis |
| Oświadczam, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kursu doskonalącego, określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882.). Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.4) | |
| …………………………………………........  data | ...............................................................................  czytelny podpis |
|  | |
| 4) Oświadczenia podpisuje podmiot ubiegający się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego. | |