**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 Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego: | | Data: |
| Wezwano do uzupełnienia braków formalnych: | | Data: |
| Wypełnia Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego | | |
| Data wpłynięcia wniosku: |  | |
| Numer wpisu na listę: |  | |

**1) Organizator kursu doskonalącego:**

Nazwa albo firma:

………………………………………………………………………………………………….......

Adres:

………………………………………………………………………………………………….......

Numer telefonu służbowego:

………………………………………………………………………………………………….......

E-mail służbowy:

………………………………………………………………………………………………….......

Adres www:

………………………………………………………………………………………………….......

**2) Osoba będąca przedstawicielem organizatora kursu doskonalącego do kontaktu  
w sprawach organizacyjnych:**

Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………….......

Numer telefonu służbowego:

………………………………………………………………………………………………….......

E-mail służbowy:

………………………………………………………………………………………………….......

**3) Kierownik naukowy 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 faksu 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 ćwiczeniowa z min. dwoma stanowiskami pracy dyspozytora medycznego |  |

**6) Sprzęt dydaktyczny, który będzie używany w czasie trwania kursu doskonalącego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj sprzętu dydaktycznego1) | Wpisać TAK, jeżeli posiada |
| 1 | Zestaw do nauki podstawowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla noworodka, dziecka i dorosłego |  |
| 2 | Konsola dyspozytorska z systemem zintegrowanej łączności, w skład której wchodzą co najmniej: konsola dotykowa zintegrowanej łączności radiowo-telefonicznej, komputer wraz z dwoma monitorami umożliwiającymi korzystanie z aplikacji Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wraz z modułem mapowym wspomagającym pracę dyspozytorów medycznych |  |
| 3 | Stanowisko szkoleniowe umożliwiające realizację zadań dyspozytora medycznego |  |

**7) Kadra dydaktyczna prowadząca zajęcia w czasie kursu doskonalącego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kadra dydaktyczna1) | Liczba osób |
| 1 | Lekarz – specjalista medycyny ratunkowej lub lekarz systemu (minimum 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 2 | Pielęgniarka systemu (minimum 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 3 | Ratownik medyczny (minimum 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 4 | Psycholog (minimum 3 lata doświadczenia zawodowego) |  |
| 5 | Dyspozytor medyczny (minimum 5 lat doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla dyspozytorów  
medycznych w ramach doskonalenia zawodowego”.

**CZĘŚĆ II**

SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM KURSU DLA DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH  
(Z PODZIAŁEM NA DNI – KAŻDY DZIEŃ NA OSOBNEJ STRONIE)  
DZIEŃ …… (1–8) DATA: ……-…….……-…..…. (DZIEŃ, MIESIĄC, ROK)

**A. Zajęcia teoretyczne (wykłady)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Godzina od – do | Temat wykładu | Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy/prowadzącego – kwalifikacje2) | Liczba godzin dyd. (1 godzina dyd. = 45 minut) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin zajęć teoretycznych | | | |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Wpisać odpowiednio: lekarz medycyny ratunkowej lub lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, dyspozytor medyczny, psycholog.

**B. ZAJĘCIA PRAKTYCZNE / ĆWICZENIA (W GRUPACH) 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 dyd. (1 godzina dyd. = 45 minut) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin zajęć praktycznych / 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.

Zajęcia teoretyczne (wykłady) mogą być prowadzone łącznie dla wszystkich uczestników kursu. Zajęcia praktyczne (ćwiczenia) odbywają się w grupach  
ćwiczeniowych 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, dyspozytor medyczny, psycholog.

**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 Kierownik naukowy kursu

czytelny podpis czytelny podpis

Data:

CZĘŚĆ III  
OŚWIADCZENIA

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej  
z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137,  
z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku o uzyskanie wpisu na listę podmiotów  
uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego są kompletne i zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia3).

.......................................................................................................................................................

data czytelny podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej  
z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137,  
z późn. zm.) 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 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.)3).

.......................................................................................................................................................

data czytelny podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Oświadczenia wypełnia podmiot ubiegający się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu  
doskonalącego.