

## ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY PRZEBIEGU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DYSPOZYTORA MEDYCZNEGO

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy  
Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego

**1. Imię ( imiona ) i nazwisko** .....

**2. Nazwisko panięskie** .....

**3. Data i miejsce urodzenia** .....

**4. Numer PESEL** .....

**5. Adres miejsca zamieszkania** ..... ( kod ) ..... ( miejscowość )

..... ( ulica ) ..... ( nr domu ) ( nr mieszkania )

**6. Adres do korespondencji:** ..... ( kod ) ..... ( miejscowość )

..... ( ulica ) ..... ( nr domu ) ( nr mieszkania )

**Telefon kontaktowy**.....

**Adres skrzynki elektronicznej (e-mail) -** .....

**7. Rodzaj ukończonej szkoły:**  
(\* zaznacz właściwe )

\*Wyższa

\*Policealna

**8. Nazwa i adres Szkoły Wyższej / Policealnej** .....

.....

**9. Nazwa tytułu na dyplomie:** .....

.....

**10. Data i numer wydania pierwszego dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:** .....

.....

.....

**11. Data zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego**.....

**12. Miejsce i adres wykonywania zawodu (nazwa podmiotu zatrudniającego)**

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

**13. Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego, na który ma być wydana karta .....**

**14. Numer w „Rejestrze dyspozytorów medycznych prowadzonym przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego”**

**(jeśli został nadany).....**

\* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych:  
§ 3.2. "Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym dysponent jednostki zatrudnił dyspozytora medycznego albo zawarł z nim umowę cywilnoprawną";  
§ 8 "Osoba, która w dniu wejścia w życie rozporządzenia wykonuje zadania na stanowisku dyspozytora medycznego, rozpoczyna pierwszy okres edukacyjny z dniem 1 stycznia 2008 r."

.....  
( data )

.....  
(podpis wnioskującego )

**Załączniki:**

- 1. Kopia dyplomu ukończenia pierwszej szkoły wyższej / policealnej w zawodzie ratownika medycznego.**
- 2. Oryginał Karty Przebiegu Doskonalenia Zawodowego Dyspozytora Medycznego za ukończony okres edukacyjny.**

**Informacja dla osób, od których zbierane są dane osobowe**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Kujawsko-Pomorski, adres: ul. Jagiellońska 3, 85-950 Bydgoszcz, e-mail: [pok@bydgoszcz.uw.gov.pl](mailto:pok@bydgoszcz.uw.gov.pl),
- kontakt do inspektora ochrony danych w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim: [iod@bydgoszcz.uw.gov.pl](mailto:iod@bydgoszcz.uw.gov.pl),
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania karty doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego na podstawie przepisu art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, § 10 ,
- odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Oddziału Państwowego Ratownictwa Medycznego Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej
- Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, a także prawo do cofnięcia w dowolnym momencie udzielonej przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

8. W przypadku uznania, przez Panią/Pana, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, którym jest *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych* – Edyta Bielak - Jomaa,
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest Pani/Pana obowiązkiem, którego niewykonanie skutkować będzie niewydaniem karty przebiegu doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego.
10. Pani/na dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

**Instrukcja wypełniania i dostarczenia zgłoszenia do Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.
2. Po wypełnieniu, należy go wysłać za pośrednictwem poczty na adres: Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego ul. Jagiellońska 3 85-950 Bydgoszcz.
3. Wniosek można złożyć także osobiście w Kancelarii Ogólnej KPUW w Bydgoszczy lub Sekretariacie WBZK KPUW w Bydgoszczy.
4. Po sprawdzeniu poprawności wypełnionego wniosku przez osobę upoważnioną w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy zostanie wydana „Karta przebiegu doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego”.
5. Wystawiona karta zostanie wysłana, za pośrednictwem poczty, do dyspozytora medycznego na adres korespondencyjny wskazany we wniosku.
6. W przypadku pytań i wątpliwości proszę o kontakt pod numer telefonu: (052) 34-97-398 lub (052) 34-97-388.