

ZGŁOSZENIE O UZYSKANIE KARTY PRZEBIEGU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO RATOWNIKA 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: *Wyższa

(* zaznacz właściwe)

*Policealna

8. Nazwa i adres Szkoły Wyższej / Policealnej:

9. Nazwa tytułu na dyplomie: *ratownik medyczny

* licencjat na kierunku zdrowie publiczne w specjalności ratownictwo medyczne

*licencjat na kierunku ratownictwo medyczne

* inne (jakie)

10. Data i numer wydania pierwszego dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:

.....

11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa i adres podmiotu zatrudniającego)

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

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

13. Numer w „Rejestrze ratowników medycznych prowadzonym przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego”

(jeśli został nadany).....

* Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2017 r.:

§ 3.2 „Okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym uzyskano dyplom uprawniający do wykonywania zawodu ratownika medycznego”.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskującego)

Załącznik:

1. Kopia dyplomu ukończenia pierwszej szkoły wyższej / policealnej w zawodzie ratownika medycznego.
2. **Kopia Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego za ukończony okres edukacyjny (całość dokumentu).**

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:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Kujawsko-Pomorski, adres: ul. Jagiellońska 3, 85-950 Bydgoszcz, e-mail: pok@bydgoszcz.uw.gov.pl,
2. kontakt do inspektora ochrony danych w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim: iod@bydgoszcz.uw.gov.pl,
3. 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 ,
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy Oddziału Państwowego Ratownictwa Medycznego Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego KPUW w Bydgoszczy;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej
7. 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.