

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**  
**do Ośrodka Kształcenia**  
**Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych na Rzecz Promocji Zawodu**  
**i Praw Kobiet OAZA w Ostrołęce ul. Gorbatowa 15**

**Część I**

Nazwa kursu: **KURS DOSKONALĄCY DLA DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH**  
**w ramach doskonalenia zawodowego**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Imię ojca ..... Nazwisko rodowe .....
3. Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo ..... Kontakt tel.....
5. PESEL
6. Adres zameldowania   -    .....
- (kod) (miejsowość)
- .....
- (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
7. Rodzaj ukończonej szkoły i uzyskany tytuł .....
- .....
8. Rok uzyskania dyplomu lekarza/pielęgniarki/ratownika medycznego .....
9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu .....
- (rok wydania)
- wydane przez .....
10. Nazwa i adres pracodawcy oraz zajmowane stanowisko .....
- .....
11. Wymiar stażu pracy zgodny z dziedziną kursu .....
12. Przebyte szkolenia .....
- .....
14. Uzasadnienie wyboru kursu .....
- .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby zgłaszającej się)

**Oświadczam, że:**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych do celów szkoleniowych w ww. placówce zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1) kserokopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza lub pielęgniarki lub dyplom ukończenia szkoły dla ratowników medycznych,
- 2) dokument potwierdzający wykształcenie wymagane dla lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- 3) zaświadczenie od pracodawcy o co najmniej pięcioletnim stażu pracy w pogotowiu ratunkowym, SOR, OJOM lub izbie przyjęć szpitala).

.....  
(podpis osoby zgłaszającej się na kurs)

**Część II**

**Skierowanie na kurs**

Kieruję Panią/Pana\*) .....  
na kurs doskonalący dla **DYSPOZYTORÓW MEDYCZNYCH** w ramach doskonalenia zawodowego organizowany **przez Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na rzecz Promocji Zawodu i Praw Kobiet OAZA**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis pracodawcy)

**Część III**

**Protokół Komisji Kwalifikacyjnej**

Pan/Pani\*) .....  
nie\*) został/a zakwalifikowany/a do kursu doskonalącego dla Dyspozytorów Medycznych  
Uzasadnienie:.....  
.....  
.....

Podpisy członków  
Komisji Kwalifikacyjnej

Podpis Przewodniczącego  
Komisji Kwalifikacyjnej

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

.....

.....  
(miejsowość, data)

---

\*) niepotrzebne skreślić