

WNIOSEK O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

prosimy o czytelne wypełnienie

**Lubuski Urząd Wojewódzki
Wydział Bezpieczeństwa i
Zarządzania Kryzysowego**

IMIĘ (IMIONA)										
NAZWISKO										
DATA I MIEJSCE URODZENIA										
PESEL , a w przypadku braku nr PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania										
ADRES ZAMIESZKANIA	MIEJSCOWOŚĆ									
	KOD POCZTOWY									
	ULICA									
	NUMER BUDYNKU									
	NUMER MIESZKANIA									
Nr telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada										
ADRES DO KORESPONDENCJI	MIEJSCOWOŚĆ									
	KOD POCZTOWY									
	ULICA									
	NUMER BUDYNKU									
	NUMER MIESZKANIA									
RODZAJ UKOŃCZONEJ SZKOŁY	ZAZNACZ WŁAŚCIWE: <input type="checkbox"/> SZKOŁA WYŻSZA <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA									
NAZWA SZKOŁY WYŻSZEJ / POLICEALNEJ									
NAZWA TYTUŁU NA DYPLOMIE	ZAZNACZ WŁAŚCIWE: <input type="checkbox"/> RATOWNIK MEDYCZNY <input type="checkbox"/> LICENCJAT NA KIERUNKU ZDROWIE PUBLICZNE W SPECJALNOŚCI RATOWNICTWO MEDYCZNE <input type="checkbox"/> LICENCJAT NA KIERUNKU RATOWNICTWO MEDYCZNE <input type="checkbox"/> INNE JAKIE: Data i numer wydania dyplomu potwierdzającego kwalifikacje:									

WNIOSEK O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Data uzyskania pierwszego dyplomu uprawniającego do wykonywania zawodu ratownika medycznego
Data rozpoczęcia okresu edukacyjnego¹	
Nazwa i adres podmiotu, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód

.....

(data)

.....

(podpis wnioskującego)

(Oświadczenia wypełnia wnioskodawca)

Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2021 poz. 2053 ze zm.) posiadam uprawnienia do wykonywania zawodu ratownika medycznego	
.....
(data)	(podpis wnioskującego)

Oświadczam, że dane zawarte w zgłoszeniu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na zbieranie i przechowywanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 poz.1781).	
.....
(data)	(podpis wnioskodawcy)

¹ należy wpisać datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego - 1 styczeń roku następnego po uzyskaniu pierwszego tytułu ratownika medycznego (dotyczy osób które uzyskały dyplom po 1 stycznia 2008 roku) - oraz w przypadku kolejnego wniosku należy określić którego okresu dotyczy wniosek np.: I okres edukacyjny ; II okres edukacyjny itp.

WNIOSEK O UZYSKANIE KARTY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DLA RATOWNIKA MEDYCZNEGO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest Wojewoda Lubuski. Siedzibą Wojewody Lubuskiego jest Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim ul. Jagiellończyka 8,66-400 Gorzów Wielkopolski.
2. W sprawach związanych z danymi osobowymi kontaktuj się z Inspektorem ochrony danych poprzez adres e-mail: iod@lubuskie.uw.gov.pl lub korespondencyjnie na adres wskazany w pkt.1.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności urzędowych tj.:
 - a. wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia;
 - b. wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia;
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Twoje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być:
 - a. podmioty upoważnione do odbioru Twoich danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
 - b. podmioty, które przetwarzają Twoje dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Ci:
 - a. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.
7. W przypadku, w którym przetwarzanie Twoich danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Ci prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Masz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
9. Podanie przez Ciebie danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Lubuskim Urzędzie Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim. Przy czym podanie danych jest:
 - a. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
 - b. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Twojej zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub niezawarcie umowy.
10. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.