

Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego	Data wpływu wniosku
---	---------------------

WNIOSEK O ZATWIERDZENIE

PROGRAMU KURSU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

1. Nazwa i adres Podmiotu prowadzącego kurs:

.....

2. Kierownik Podmiotu prowadzącego kurs:

3. Dane Podmiotu prowadzącego kurs:

Nr telefonu: Nr fax:.....

NIP /KRS:

E-mail strona www

4. Adresat kursu:.....

.....

5. Ilość osób uczestniczących w kursie:

6. Liczba grup ćwiczeniowych:

7. Termin kursu:

8. Miejsce realizacji kursu:

9. Kierownik merytoryczny kursu:

Tytuł, imię i nazwisko:

Kwalifikacje zawodowe i posiadane uprawnienia:

.....

10. Termin egzaminu:

11. Miejsce egzaminu:

12. Skład Komisji Egzaminacyjnej:

.....

.....

Oświadczam, iż kadra dydaktyczna prowadząca kurs w

(pełna nazwa podmiotu, adres)

spełnia wymagania określone w art. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2021, poz. 411).

Imienny wykaz kadry dydaktycznej

L.p.	Imię i nazwisko	Zawód*	Kwalifikacje	Miejsce Gracy	Staż pracy (lata) **

.....
miejsowość, dnia

.....
(czytelny podpis i pieczętka Kierownika podmiotu prowadzącego kurs)

Legenda:

* **L** - lekarz systemu

P - pielęgniarka systemu

Ps – psycholog

R - ratownik

Rt - specjalista z zakresu ratownictwa technicznego

Rch - specjalista w zakresie ratownictwa chemicznego

Re - specjalista w zakresie ratownictwa ekologicznego

Rwo - specjalista w zakresie ratownictwa wodnego

Rwy - specjalista w zakresie ratownictwa wysokościowego

** w zakresie wykonywania: zawodu, medycznych czynności ratunkowych, czynności ratowniczych

Oświadczam, iż zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach obejmujących zakres merytoryczny kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy zgodnie z art. 13 ust 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2021 r., poz. 2053).

miejsowość, data

*(czytelny podpis i pieczętka Kierownika
podmiotu prowadzącego kurs)*

Oświadczam, iż wyposażenie sal ćwiczeniowych w:

.....
(pełna nazwa podmiotu, adres)

zgodne jest z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2021 r., poz. 411).

miejsowość, data

*(czytelny podpis i pieczętka Kierownika
podmiotu prowadzącego kurs)*

Załączniki do wniosku:

1. Szczegółowy program kursu zgodny z zał. nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 roku w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2021 r., poz. 411).
2. Regulamin organizacyjny kursu, który określa w szczególności organizację szkolenia, zasady i tryb naboru osób przewidzianych do szkolenia oraz zakres obowiązków wykładowców i innych osób prowadzących zajęcia teoretyczne i praktyczne.
3. Harmonogram kursu (data, godzina, temat, ilość godzin z podziałem na zajęcia praktyczne i teoretyczne, osoba prowadząca zajęcia z podziałem na grupy).
4. Kserokopie dyplomów kadry dydaktycznej prowadzącej kurs potwierdzających posiadane kwalifikacje oraz dokumentów potwierdzających wymagane doświadczenie zawodowe.
5. Dokumenty potwierdzające uprawnienia do budynku lub lokalu, w którym mają być prowadzone zajęcia (akt własności, umowa najmu, umowa użyczenia, umowa kupna-sprzedaży).
6. Dokumenty rejestrowe właściwe dla jednostki (KRS lub inne), potwierdzające możliwość prowadzenia działalności edukacyjnej.
7. Inne.

miejsowość, data

*(czytelny podpis i pieczętka Kierownika
podmiotu prowadzącego kurs)*