

WZÓR

**PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO  
DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

<b>WYPEŁNIA CENTRUM MEDYCZNE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO</b>	
Data wpływu wniosku:	
Zweryfikowano pod względem formalnym	Data:
Wezwano do uzupełnienia braków formalnych	Data:
Nr wpisu na listę	

**CZĘŚĆ I. DANE DOTYCZĄCE KURSU DOSKONALĄCEGO**

- 1) Podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:**

Nazwa (firma): .....

Adres: .....

Numer telefonu: .....

E-mail: .....

- 2) Osoba będąca przedstawicielem podmiotu ubiegającego się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego**

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

- 3) Kierownik kursu doskonalącego:**

Imię (imiona) i nazwisko:

.....

- 4) Maksymalna liczba uczestników kursu doskonalącego:**

.....

**5) Sprzęt dydaktyczny, który będzie używany w czasie trwania kursu doskonalącego**

Lp.	Rodzaj sprzętu dydaktycznego*	Wpisać TAK, jeśli posiada
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

\* Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla ratowników medycznych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego”, opracowanym na podstawie art. 94 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. poz. 2705 oraz z 2023 r. poz. 1234).

**6) Kadra dydaktyczna prowadząca zajęcia w czasie kursu doskonalącego**

Lp.	Kadra dydaktyczna*	Liczba osób
1		
2		
3		
4		
5		

\* Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla ratowników medycznych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego”, opracowanym na podstawie art. 94 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

**7) Lista załączników na podstawie art. 97 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych:**

1. Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie kadry dydaktycznej potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego.
2. Zaświadczenie potwierdzające wymagane doświadczenie zawodowe kadry dydaktycznej.
3. Dokumenty potwierdzające posiadanie bazy dydaktycznej.
4. Regulamin organizacyjny.
5. Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 95 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika oraz samorządzie ratowników medycznych.
6. Oświadczenie o spełnianiu wymogów formalnych przez kadrę dydaktyczną.

.....  
Podpis osoby reprezentującej  
podmiot uprawniony do  
prowadzenia kursu doskonalącego

.....  
Podpis kierownika  
kursu doskonalącego

**CZĘŚĆ II. SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM KURSU DOSKONALĄCEGO DLA  
RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH**

**A. Wykłady**

Lp.	Temat wykładu	Liczba godzin dydaktycznych
1		
2		
3		
4		
Razem liczba godzin dydaktycznych		

**B. Ćwiczenia**

Lp.	Temat zajęć praktycznych / ćwiczeń	Liczba godzin dydaktycznych
1		
2		
3		
4		
Razem liczba godzin dydaktycznych		

**C. Egzamin końcowy**

Lp.	Metody oceny wiedzy i umiejętności praktycznych	Liczba godzin dydaktycznych	Liczba pytań lub zadań
1	Sprawdzian testowy		
2	Sprawdzian praktyczny		
Razem liczba godzin egzaminu końcowego			

.....  
podpis osoby reprezentującej  
podmiot uprawniony do prowadzenia  
kursu doskonalącego

.....  
podpis kierownika  
kursu doskonalącego

### CZĘŚĆ III. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego są kompletne i zgodne z prawdą.

.....  
data  
.....  
podpis osoby reprezentującej podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego

Oświadczam, że kadra dydaktyczna spełniania wymagania formalne określone w programie kursu doskonalącego.

.....  
data  
.....  
podpis osoby reprezentującej podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego

Oświadczam, że spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kursu doskonalącego, określone w art. 95 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

.....  
data  
.....  
podpis osoby reprezentującej podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia\*.

.....  
data  
.....  
podpis osoby reprezentującej podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego

\* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.