



KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU
„Na ratunek – kursy podnoszące kompetencje
i kwalifikacje zawodowe ratowników medycznych”

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

1. Dane uczestnika	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, kod, miejscowość)	
Powiat, gmina	
Województwo	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
PESEL	
Niepełnosprawność	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
Wykształcenie posiadane (zaznaczyć właściwe)	– wyższe – ponadgimnazjalne
Status na rynku pracy (proszę podkreślić właściwe)	Osoba pracująca w (zaznaczyć właściwe): – administracji rządowej – administracji samorządowej – inne – pracująca w MMŚP – organizacji pozarządowej – prowadząca działalność na własny rachunek – dużym przedsiębiorstwie
Nazwa zakładu pracy i adres (pieczęć)	



2. Deklaracje

- 1) Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich szkoleniach w 100%;
- 2) Zobowiązuję się do wypełniania wszelkich ankiet, testów wiedzy, list obecności i innych wymaganych dokumentów, niezbędnych w procesie realizacji projektu przez firmę Na-Ratunek Przemysław Kaczmarek;
- 3) Oświadczam, iż podane przeze mnie dane w procesie rekrutacji są zgodne z prawdą.

WYBÓR SZKOLEŃ

(proszę o zaznaczenie którymi szkoleniami jest Pan/Pani zainteresowany/a)

1. KDRM
2. Elektrokardiografia w praktyce klinicznej ratownika medycznego
3. Organizacja działań ratowniczych w wypadkach masowych i katastrofach współpraca zesp. ratownictwa medycznego z dyspozytorem medycznym
4. Medyczne czynności ratunkowe u dzieci i noworodków
5. Ratownictwo medyczne taktyczno-ewakuacyjne z elementami TCCC i zaawansowane zabiegi ratujące życie
6. Postępowanie przed-szpitalne w urazach

CZYTELNY PODPIS

.....

Data

Zaświadczenia wskazujące na zatrudnienie w podmiocie leczniczym posiadającym kontrakt z OW NFZ

Miejscowość i data,.....

Zaświadczenie

Niniejszym zaświadcza się, że
(imię i nazwisko) jest zatrudniony/a na stanowisku ratownik medyczny w
.....
..... (nazwa i adres zakładu leczniczego)
posiadającym kontrakt z OW NFZ.

Data i podpis osoby upoważnionej ze strony zakładu leczniczego

DO KARTY ZGŁOSZENIOWEJ NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DYPLOMU POŚWIADCZAJĄCEGO POSIADANIE TYTUŁU RATOWNIKA MEDYCZNEGO.