# WNIOSEK O WPIS NA LISTĘ PODMIOTÓW UPRAWNIONYCH DO PROWADZENIA KURSU DOSKONALĄCEGO

**CZĘŚĆ I. DANE DOTYCZĄCE KURSU DOSKONALĄCEGO**

## ………………………………………………………………………..…………………………

……………………………………………………………………………………………...…...

……………………...………………………………………………...……………………...….

(nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia

kursu doskonalącego)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA WOJEWODA** | | |
| Data wpłynięcia wniosku: | | Liczba załączników: |
| Zweryfikowano pod względem formalnym | | Data: |
| Przesłano do CMKP | | Data: |
| Wezwano do uzupełnienia braków formalnych | | Data: |
| **WYPEŁNIA CMKP** | | |
| Data wpłynięcia wniosku |  | |
| Nr wpisu na listę |  | |

# Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego:

## Nazwa albo firma: ……………………………………………………………………….…… Adres: ……………………………………………………………………………………….... Numer telefonu służbowego: …………………………………………………………………. E-mail służbowy: ……………………………………………………………………...………

* 1. **Osoba będąca przedstawicielem podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego do kontaktu w sprawach organizacyjnych:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………… Numer telefonu służbowego: ………………………………………………………………..… E-mail służbowy: ……………………………………………………………………….………

* 1. **Kierownik kursu doskonalącego:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………… Tytuł zawodowy/stopień naukowy/tytuł naukowy: ……………………………………..…… Numer telefonu służbowego: ……………………………………………………………….… E-mail służbowy: …………………………………………………………………….….……

* 1. **Miejsce realizacji kursu doskonalącego:**

Nazwa albo firma: ……………………………………………………………….…………… Adres: ………………………………………………………………………………………… Numer telefonu służbowego: ………………………………………………………………… Numer faxu służbowego: …………………………………………………………………….. E-mail służbowy: ……………………………………………………………………………...

1. **Baza dydaktyczna, w której będzie realizowany kurs doskonalący:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | 1)  Liczba sal dydaktycznych | Wpisać TAK, jeżeli posiada |
| 1 | Sala wykładowa wyposażona w laptop + rzutnik multimedialny |  |
| 2 | Sala ćwiczeń 1 |  |
| 3 | Sala ćwiczeń 2 |  |
| 4 | Sala ćwiczeń 3 |  |

1. **Sprzęt dydaktyczny, który będzie używany w czasie trwania kursu doskonalącego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | 1)  Rodzaj sprzętu dydaktycznego | Wpisać TAK, jeżeli posiada |
| 1 | Manekin szkoleniowy osoby dorosłej |  |
| 2 | Manekin szkoleniowy dziecka 5–7 lat |  |
| 3 | Manekin szkoleniowy niemowlęcia |  |
| 4 | Manekin do nauki intubacji osoby dorosłej |  |
| 5 | Manekin do nauki intubacji dziecka 5–7 lat |  |
| 6 | Manekin do nauki intubacji niemowlęcia |  |
| 7 | Manekin do nauki odbierania porodu |  |
| 8 | Zestaw sprzętu medycznego |  |
| 9 | Sprzęt informatyczny i łączności |  |

**7) Kadra dydaktyczna, prowadząca zajęcia w czasie kursu doskonalącego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | 1)  Kadra dydaktyczna | Liczba osób |
| 1 | Lekarz – lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.), w szczególności specjalista medycyny ratunkowej (min. 5 lat doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 2 | Pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 ustawy (min. 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 3 | Ratownik medyczny (min. 5 lat doświadczenia w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych) |  |
| 4 | Pielęgniarka/położna (min. 5 lat doświadczenia zawodowego) |  |
| 5 | Psycholog (min. 3 lata doświadczenia zawodowego) |  |

1) Zgodnie z warunkami realizacji kursu określonymi w „Programie kursu doskonalącego dla ratowników medycznych w ramach doskonalenia zawodowego”.

CZĘŚĆ ii.

**Szczegółowy harmonogram kursu dla ratowników medycznych  
(z podziałem na dni – każdy dzień na osobnej stronie)**

**Dzień ……** (1-6) **Data: ……-…….……-…..….**(dzień, miesiąc, rok)

### A. Wykłady

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Godzina od–do | Temat wykładu | Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy/prowadzącego –  2)  kwalifikacje | Liczba godzin  3)  dydaktycznych |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin wykładu | | | |  |

### B. Ćwiczenia z użyciem sprzętu dydaktycznego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Godzina od–do | Grupa | 1. Temat zajęć praktycznych / ćwiczeń 2. Sprzęt dydaktyczny użyty w czasie zajęć | Tytuł, imię i nazwisko prowadzącego/instruktora –  2)  kwalifikacje | Liczba godzin  3)  dydaktycznych |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| Razem liczba godzin ćwiczeń | | | | |  |

Uwaga: Tabele A i B należy przystosować do liczby zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych danego dnia kursu, dodając lub usuwając odpowiednie wiersze. Łącznie czas zajęć jednego dnia nie może przekraczać 8 godzin dydaktycznych.

Wykłady mogą być prowadzone łącznie dla wszystkich uczestników kursu. Ćwiczenia odbywają się w grupach liczących nie więcej niż 10 osób + 1 instruktor, z użyciem sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia zajęć.

2) Wpisać odpowiednio: lekarz medycyny ratunkowej lub lekarz systemu, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, pielęgniarka/położna, psycholog.

3) 1 godzina dydaktyczna = 45 minut.

# Egzamin końcowy

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

……………………………… …………………………………..

Organizator Kierownik kursu

(czytelny podpis) (czytelny podpis)

Data:

# 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 czytelny podpis

## Oświadczam, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kursu doskonalącego, określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.). Jestem świadomy odpowiedzialności

4)

karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………… ………………………………………

data czytelny podpis

4) Oświadczenia podpisuje podmiot ubiegający się o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.