

....., dnia..... r.
(miejsowość) (data)

Wojewoda Dolnośląski
pl. Powstańców Warszawy 1
50 – 951 Wrocław

**WNIOSEK O ZATWIERDZENIE PROGRAMU KURSU W ZAKRESIE
KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

Zgodnie z art. 13 ust. 2, 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410) wnioskuję o zatwierdzenie programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy dla podmiotu:

Nazwa podmiotu	
Adres podmiotu	
Telefon, fax, e-mail	
Imię i nazwisko osoby reprezentującej podmiot	
Miejsce prowadzenia kursu	
Imię i nazwisko kierownika merytorycznego kursu <i>(posiadane kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe – kopie dokumentów potwierdzone za zgodność)</i>	
Termin kursu	

.....
(podpis i pieczęć dyrektora podmiotu)

Załączniki do wniosku:

Program kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Regulamin organizacyjny kursu.

Program nauczani.

Wykaz kadry dydaktycznej prowadzącej kurs wraz z kserokopią dokumentów potwierdzających kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe (wg załączonej tabeli).

Oświadczenie kierownika jednostki o zapewnieniu bazy dydaktycznej.