

**Wykaz kadry dydaktycznej prowadzącej kurs
w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy**

<i>L.p.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Zawód</i>	<i>Kwalifikacje</i>	<i>Miejsce pracy</i>	<i>Staż pracy (w latach)</i>

Oświadczam, że **kadra dydaktyczna prowadząca kurs** w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w

.....
.....

(pełna nazwa podmiotu, adres)

spełnia wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U.07 Nr 60 poz. 408).

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