

WZÓR

Numer karty.....

**KARTA USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO RATOWNIKA
MEDYCZNEGO**

.....

(pieczęć Krajowej Rady Ratowników Medycznych)

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Nazwa i adres podmiotu, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód.....

.....

.....

Okres edukacyjny rozpoczęty dnia

.....

I. KURS DOSKONALĄCY

Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego		Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji kursu doskonalącego		
Termin kursu	Czas trwania kursu (liczba godzin dydaktycznych)	Potwierdzenie zaliczenia kursu doskonalącego (podpis organizatora kursu lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>		

Liczba punktów edukacyjnych:

II. FORMY USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO INNE NIŻ KURS DOSKONALAJĄCY

Część A.

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwój zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwój zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwój zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwój zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce realizacji	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwój zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
<i>od dnia.....</i> <i>do dnia.....</i>	

Liczba punktów edukacyjnych:

Część B.

Forma ustawicznego rozwoju zawodowego	Potwierdzenie realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratownika medycznego (podpis)	Liczba punktów edukacyjnych

Liczba punktów edukacyjnych:

III. INFORMACJA O DOPEŁNIENIU OBOWIĄZKU USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

Na podstawie wpisów w karcie ustawicznego rozwoju zawodowego oraz dokumentów potwierdzających realizację wpisanych w nią form ustawicznego rozwoju zawodowego, potwierdza się, że

Pan / Pani*
imię (imiona) i nazwisko ratownika medycznego

dopelnil(a)/nie dopelnila(a) *

obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w czasie pięcioletniego okresu edukacyjnego w terminie:

od roku do roku

.....
(podpis Prezesa Krajowej Rady Ratowników Medycznych)

* niewłaściwe skreślić