

Karta

Ustawicznego Rozwoju Zawodowego

Ratownika Medycznego

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1800)

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 doskonalącego	Czas trwania kursu doskonalącego (liczba godzin dydaktycznych)	Potwierdzenie zaliczenia kursu doskonalącego (podpis organizatora kursu lub osoby upoważnionej)
od dnia do dnia		

Liczba punktów edukacyjnych:

II. FORMY USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO INNE NIŻ KURS DOSKONALĄCY**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 rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
od dnia do dnia	

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 rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
od dnia do dnia	

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 rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
od dnia..... do dnia.....	

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 rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
od dnia do dnia	

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 rozwoju zawodowego (podpis organizatora lub osoby upoważnionej)
od dnia do dnia	

Liczba punktów edukacyjnych:

Część B.

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

dopełnil(a)

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

od roku do roku.

.....
podpis Prezesa Krajowej Rady Ratowników Medycznych

* Niewłaściwe skreślić