



**KARTA OSOBOWA UCZESTNIKA
KURSU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY
(KPP/RECERTYFIKACJA)**

Imię (imiona)	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Adres e – mail	
Telefon kontaktowy	
Dane do Faktury VAT	



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA KURSU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do kursu z zakresu Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, realizowanego przez Ośrodek Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego RESUSMED Centrum Szkoleniowe Kamil Łokucijewski, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz fotografii dokumentujących przebieg szkoleń na stronie internetowej organizatora.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości iż:

- administratorem tak zebranych danych osobowych jest Ośrodek Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego RESUSMED Centrum Szkoleniowe Kamil Łokucijewski ul. Piastowska 35, 47 – 200 Kędzierzyn – Koźle
- moje dane osobowe oraz dane wrażliwe będą przetwarzane wyłącznie w celu przygotowania odpowiedniej dokumentacji kursu
- moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach kontroli jednostek do tego upoważnionych
- mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania
- akceptuję regulamin kursu w którym aktualnie uczestniczę

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101 poz 926 z późn. zm.) przez Ośrodek Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego RESUSMED Centrum Szkoleniowe Kamil Łokucijewski dla celów związanych z wystawieniem zaświadczeń/certyfikatów oraz dla celów sprawozdawczych. Zobowiązuję się do uiszczenia na konto RESUSMED pełnej należności za kurs w postaci jednorazowej wpłaty oraz przestrzegania zasad regulaminu kursu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis)



.....
(pieczęć jednostki)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

Potwierdzam, że Pani/Pan

legitymujący się dowodem osobistym

jest czynnym członkiem
i należy do jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne
(Ustawa z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. Nr 191,
poz. 1410).

.....
(podpis i pieczęć)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego indywidualnie

.....
(miejsowość, dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

u.....

(imię i nazwisko)

.....

(data urodzenia)

.....

(numer PESEL)

na **Kurs Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy i otrzymania tytułu "RATOWNIKA"**
(kierunek praktycznej nauki zawodu lub kształcenia)

Ośrodek Doksztalcania i Doskonalenia Zawodowego RESUSMED Centrum Szkoleniowe
Ul.Piastowska 35 47-200 Kędzierzyn-Koźle
(nazwa i adres placówki dydaktycznej)

orzeka się o:

1) braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich;*

Data następnego badania

2) istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych albo studiów doktoranckich;*

*) niewłaściwe skreślić.

.....
podpis i pieczęć lekarza