

Oświadczenie, że jestem pielęgniarką/pielęgniarem Systemu Ratownictwa Medycznego

Ja....., niżej podpisana/podpisany*,
/ Imię i nazwisko/

legitymująca/y się prawem wykonywania zawodu

nr.....,

wydanym przez:.....

oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe) :

ukończyłam/ukończyłem* kurs kwalifikacyjny w dziedzinie.....

ukończyłam/ukończyłem* szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie.....

specjalizuję się w dziedzinie:

a) pielęgniarstwa ratunkowego

b) anestezjologii i intensywnej opieki

c) chirurgii

d) pediatrii

Moje obecne miejsce pracy, to: /Podkreśl właściwe/

1. szpitalny oddział ratunkowy,
2. zespół ratownictwa medycznego,
3. centrum urazowe,
4. centrum urazowe dla dzieci,
5. jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, która została ujęta w planie /zgodnie z Rozdziałem 4 ustawy z dn. 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym /Dz.U. z 2017. poz.2195 z późn. zm/ , tj.
 - oddział anestezjologii i intensywnej opieki,
 - oddział chirurgii,
 - oddział kardiologii,
 - oddział pediatrii.

.....
Miejsce pracy – pełna nazwa oddziału/jednostki, dokładny adres, telefon
.....
.....

Mój okres zatrudnienia w w/w oddziale/jednostce: od.....do.....lub do nadal*

* Właściwe podkreślić

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dn. 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym / Dz.U. 2020 poz. 882./ {Art.3 pkt.6 – def. Pielęgniarka systemu - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym};

i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, poz.497 paragraf 4 jestem pielęgniarką/pielęgniarem systemu i jestem uprawniona/uprawniony* do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych, w tym: podjęcia i prowadzenia podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wykonywania zapisu i oceny EKG.*

Świadoma/y odpowiedzialności, potwierdzam zgodność w/w informacji ze stanem faktycznym.

Bielsko-Biała, dn.

.....
Czytelny podpis pielęgniarki/pielęgniara

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/podpisany wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zebranie moich danych osobowych przez TALMED sp. z o. o. ul. Grażyńskiego 12, 43-300 Bielsko-Biała, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO /podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE/. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie.

Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałam/zostałem również poinformowana/ poinformowany o celu ich zebrania moich danych, dobrowolności ich podania, możliwości poprawienia, prawie wglądu oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Czytelny podpis pielęgniarki/pielęgniara