*Załącznik Nr*

…………………., dnia……………………….

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż kadra dydaktyczna prowadząca kurs w ………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........

*(pełna nazwa podmiotu, adres)*

spełnia wymagania określone w § 3 rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 19 marca 2007 r.   
w sprawie kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. 2007 Nr 60 poz. 408).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię  i nazwisko** | **Zawód\*** | **Kwalifikacje** | **Miejsce pracy** |  | **Staż pracy  (w latach)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\***Legenda:**

**L** – *lekarz systemu*

**P** – *pielęgniarka systemu*

**Ps** – *psycholog*

**R** – *ratownik*

**Rt** – *specjalista z zakresu ratownictwa technicznego*

**Rch** – *specjalista w zakresie ratownictwa chemicznego*

**Re** – *specjalista w zakresie ratownictwa ekologicznego*

**Rwo** – *specjalista w zakresie ratownictwa wodnego*

**Rwy** – *specjalista w zakresie ratownictwa wysokościowego*

*……………………………………………..………………………*

*Czytelny podpis i pieczątka Kierownika podmiotu prowadzącego kurs*