..................................................................... ..............................

 (oznaczenie wnioskującej jednostki, pieczątka) (miejscowość, data)

**Wykaz osób**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię osoby uprawnionej | Uprawnienia ratownicze (*ratownik z KPP,**ratownik medyczny, pielęgniarz,**pielęgniarka, lekarz* \*) | Nr i data wydania zaświadczenia KPP*(ratownik z KPP)* dyplomu uprawniającego wykonywanie zawodu (*ratownik medyczny, pielęgniarz, pielęgniarka, lekarz* | Termin upływu ważności uprawnień KPP |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* należy wskazać wg właściwości

 .......................................................

 (Podpis i pieczęć osoby upoważnionej)