

Керівнику кваліфікаційного центру
державного закладу «Український
науково-практичний центр екстреної медичної
допомоги та медицини катастроф Міністерства
охорони здоров'я України»

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(адреса)

(паспортні дані)

(ідентифікаційний код)

(контактний номер телефону)

З А Я В А

Прошу провести процедуру оцінювання для присвоєння/підтвердження професійної кваліфікації екстрений медичний технік I класу на базі кваліфікаційного центру державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» за власні кошти. Оплату гарантую.

До заяви додаю:

- копію паспорта (тимчасового посвідчення громадянина України (для імігранта, іноземця або особи без громадянства, яка постійно проживає в Україні); посвідчення біженця (для біженця), посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, або особи, якій надано тимчасовий захист в Україні (для таких осіб));
- копію трудової книжки (іншого документа, що засвідчує факт трудових відносин, стажу роботи за професією відповідного кваліфікаційного рівня (за наявності));
- копію документа про освіту (документи про освіту, отримані в іншій країні, мають бути перекладені українською мовою та визнані в Україні відповідно до законодавства), інших документів стосовно раніше набутих компетентностей та/або результатів навчання;
- копію медичної довідки (лікарського консультаційного висновку) за формою № 086/о; особової медичної книжки та довідок, виданих наркологом і психіатром (для осіб, які бажають підтвердити професійну кваліфікацію, що пов'язана з виконанням робіт з підвищеною небезпекою);
- оригінал листа роботодавця про направлення працівника на присвоєння/підтвердження професійних кваліфікацій (за наявності);
- згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних»;
- інші документи (доказ), що підтверджують професійну компетентність (подаються за власною ініціативою).

Даю згоду на фото-, відеофіксацію процесу оцінювання _____ (підпис).

Даю згоду на оприлюднення результатів присвоєння/підтвердження професійної кваліфікації на офіційній сторінці кваліфікаційного центру Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України».

Дата _____ 20____ р.

(підпис)