Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków wymaganych od świadczeniodawców i kryteria ocen ratownika medycznego.

……………………………………… ….……………………………………

Nazwisko i imię Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993 tj.z póź.zm.) oświadczam, iż posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat, w wykonywaniu zawodu ***pielęgniarki systemu / ratownika medycznego***\* :

1/ w zespole ratownictwa medycznego\*

2/ w lotniczym zespole ratownictwa medycznego\*

3/ w szpitalnym oddziale ratunkowym\*

**\*niepotrzebne skreślić** ….……………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie