

..... , dnia

(pieczęć nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

KARTA SKIEROWANIA **na** **Szkolenie kierujących działaniem ratowniczym dla** **członków Ochotniczych Straży Pożarnych**

Organizowane w Komendzie Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej
w Suwałkach
w terminie od 26.09.2020 do 04.10.2020

DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i Nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESEL, Imię ojca.....
4. Jednostka ochrony ppoż....., powiat, gmina
5. Ukończone szkolenia pożarnicze:
.....
6. Adres zamieszkania
- województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizatora szkolenia: Komendę Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Suwałkach, ul. Pułaskiego 73, NIP: 844-187-46-66;
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Białymstoku, ul. Warszawska 3, NIP: 542-02-11-195;
Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024;
Urząd Gminy NIP:;
Jednostkę OSP w NIP:;
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników
Ochotniczych Straży Pożarnych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.
(tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis kierowanego na szkolenie)

Oświadczam, że kierowany/-a nie posiada przeciwwskazań do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych, został/a wyposażony/a w umundurowanie i sprzęt, które posiadają aktualne świadectwa dopuszczenia do użytkowania w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, są sprawne, spełniają wymogi zgodne z wytycznymi producenta i posiadają aktualny czasookres użytkowania na czas trwania szkolenia oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/-ą ww. dokumentów:

- zaświadczenia lekarskiego orzekające zdolność do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie ważne na czas szkolenia,
- orzeczenia komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu
gminy / przełożonego uprawnionego do
mianowania/Naczelnika OSP)