

KARTA SKIEROWANIA

na

Szkolenie.....*(nazwa szkolenia)*organizowane w **Komendzie Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej****37-700 Przemyśl, Pl. Św. Floriana 1, NIP: 795-20-71-293; REGON: 65090-3345***(nazwa jednostki organizującej szkolenie, adres, NIP i REGON)*

w terminie

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:organizator szkolenia¹ Komendę Miejską PSP , 37-700 Przemyśl, Pl. Św. Floriana 1, NIP: 795-20-71-293; REGON: 65090-3345

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej, 35-016 Rzeszów, ul. Mochnackiego 4, NIP: 813-12-89-353; REGON:

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.

Urząd Gminy w ...wpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON:

Jednostkę OSP w ...wpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON:²

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem ...wpisać nazwę szkolenia..... 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 n/w 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)*¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia² w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy^{*}dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.