

(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

....., dnia
(miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)

KARTA SKIEROWANIA

na

Szkolenie

(nazwa szkolenia)

organizowane w **Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej**

07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. 11 Listopada 5 NIP:759-10-16-254; REGON: 550671056

(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 szkolenie pożarnicze
6. Adres zamieszkania

województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹ Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej, 07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. 11 Listopada 5 NIP:759-10-16-254; REGON: 550671056.

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej, 00-622 Warszawa, ul. Polna 1, NIP: 526-17-96-733; REGON: 173516.

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-12-024; REGON: 173404.

Urząd Gminy w NIP:; REGON:

Jednostkę OSP w NIP:; REGON:²

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem szkolenia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

.....
(czytelny podpis)

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 szkolenia ora potwierdzam posiadanie przez kierowanego/-ą n/w dokumentów:

- zaświadczenie lekarskie 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 szkolenia,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia*,
- karta szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

.....
(miejscowość i data)

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

¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

² w przypadku braku NIP-u lub REGONU – nie wpisujemy

*dotyczy Państwowej Straży pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej