

....., dnia
(miejsowość) (dzień – miesiąc – rok)

(pieczęć nagłwkowa jednostki zgłaszającej)

KARTA SKIEROWANIA
na
Szkolenie kierowców konserwatorów sprzętu ratowniczego OSP
(nazwa szkolenia)

organizowane

w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Biłgoraju

w terminie: **od** roku **do** roku.

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 KP PSP w Biłgoraju, ul. Dąbrowskiego 10, 23-400 Biłgoraj NIP: 918-17-14-439; REGON: 950371577,
KW PSP w Lublinie, ul. Strażacka 7, 20-012 Lublin, NIP: 712-010-51-42, REGON: 000173580,
KG PSP w Warszawie, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 5210413024, REGON: 000173404,
Urząd Gminy wwpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON:
Jednostkę OSP wwpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON:²
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników OSP zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

.....
(miejsowość, 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,
- orzeczenie komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okresowe badania lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy

.....
(miejsowość, 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