Załącznik nr 2

……………………..……..……. , dnia …………………..…….

*(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej) (miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)*

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie podstawowe strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych**

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Górze, NIP: 693-18-36-844, REGON: 410390469

*(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 górowski, gmina ……….………………………………..
5. Ukończone szkolenia pożarnicze …………………………………………………………………………………………………………………………..…..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………..

1. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……..… województwo **dolnośląskie**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:**

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) w Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Górze, ul. Wincentego Witosa 22, 56-200 Góra, NIP: 693-18-36-844; REGON: 410390469;

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej we Wrocławiu, ul. Borowska 138, 50-552 Wrocław, NIP: 896-00-05-064; REGON: 8960005064

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]](#footnote-2)

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem ………………………………………………………………………………………….. ………………………….. 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 szkolenia

   2 w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy [↑](#footnote-ref-1)
2. \*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej. [↑](#footnote-ref-2)