

(pieczętka jednostki zgłaszającej)

.....
(miejsowość, data)

KARTA SKIEROWANIA

na **SKOLENIE**
(rodzaj szkolenia)

organizowane w **Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Pabianicach**

w terminie

DANE SŁUCHACZA

1. Imię i nazwisko imię ojca

2. PESEL

3. Data i miejsce urodzenia

4. Jednostka ochrony ppoż.
gmina powiat

5. Ukończone szkolenia pożarnicze

6. Adres zamieszkania woj.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

- Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Pabianicach, NIP: 731-16-93-368, REGON: 472071827

- Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Łodzi, NIP: 727-01-34-501, REGON: 470063835

- Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404

- Urząd Gminy/Miejski* w NIP: REGON:

- Jednostkę OSP NIP**: REGON**:

w zakresie związanym z organizacją i prowadzeniem szkolenia oraz nadzorem nad nim, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. 2014 r., poz. 1182 ze zmianami).

.....
(miejsowość, data)

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

Oświadczam, że kierowany/a na szkolenie 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, a czas ich używalności nie upływa przed zakończeniem szkolenia oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/ą nw. dokumentów:

- zaświadczenia lekarskiego orzekającego o zdolności do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie, ważnego na czas szkolenia,

- orzeczenia komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia***,

- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, ważnego na czas szkolenia,

- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy***.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis przedstawiciela gminy/
pieczętka i podpis przełożonego uprawnionego do mianowania/
pieczętka i podpis Naczelnika OSP)*

* - niepotrzebne skreślić

** - w przypadku braku NIP lub nr. REGON - nie wpisywać

*** - dotyczy PSP i innych JOP