

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

(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

KARTA SKIEROWANIA na Szkolenie dowódców OSP

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Kartuzach,
ul. 3-go Maja 16a, 83-300 Kartuzy, NIP 5891314374, REGON 191123740.

w terminie

DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESELImię ojca.....
4. Jednostka ochrony ppoż....., powiat, gmina
5. Ukończone szkolenia pożarnicze
6. Adres zamieszkania.....
województwo.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie, przez Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Kartuzach, ul. 3-go Maja 16a, 83-300 Kartuzy, w celach związanych z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem dowódców OSP.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 wyżej wskazanego Rozporządzenia zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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