………………………………., dnia …………………………

 *(miejscowość) (dzień – miesiąc – rok)*

 *(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

***Szkolenie******podstawowe strażaków-ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych***

organizowane

***w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Myśliborzu ul. Lipowa 1 b.***

w terminie: ***od 28.08.2021 roku do 17.10.2021 roku.***

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………………………………………………….…….
2. Data i miejsce urodzenia ………………………………………………………………………………………………….
3. Numer PESEL ………………………………………… Imię ojca …………………………………………………........
4. Jednostka OSP…………………….……………, powiat……………………………., gmina ………………….………
5. Ukończone szkolenia pożarnicze ……………………………………………………………………………………………………………………………….

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

1. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………..

 województwo ……………………………………………………………….

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) **Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Myśliborzu, 74-300 Myślibórz, ul. Lipowa 1 b,** NIP:5971487823.; REGON: 811764244 oraz

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Szczecinie, 71-637 Szczecin ul. Teofila Firlika 9/14 NIP: 8510312257.; REGON: 000173628

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.

Urząd Gminy w ………………………………………….……………. k NIP: ; REGON:

Jednostkę OSP w ……………………………………….. …………….. NIP: ; REGON: [[2]](#footnote-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.)

 ………………………………………………………………

 (podpis słuchacza)

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, 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\*

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

 *(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu gminy/przełożonego*

 *uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)*

1. należy wpisać nazwę organizatora szkolenia [↑](#footnote-ref-1)
2. w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

\*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej [↑](#footnote-ref-2)