………………………………………. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie podstawowe strażaka ratownika
Ochotniczych Straży Pożarnych**

*(nazwa szkolenia)*

Organizowane w Komendzie Powiatowej PSP Tczewie,
ul. Lecha 11, 83-110 Tczew, NIP 593-16-61-491

*(nazwa jednostki organizującej szkolenie, adres, NIP i REGON)*

w terminie 05.05.2023 r. – 18.06.2023 r.

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Data urodzenia……………………………………………, Miejsce urodzenia………………………………………………………………….………
3. Numer PESEL ………………………………………………………………, Imię ojca………………………………………………………………………..
4. Jednostka ochrony ppoż.………..………………………., powiat …………….……………………, gmina …………………………………..
5. Numer telefonu komórkowego …………………………………………………………………………………………………………………………
6. Adres zamieszkania……..……………………………………………………………………………, województwo ……………………………………

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) w KP PSP TCZEW, UL. LECHA 11, 83-110 TCZEW NIP: 593-16-61-491; REGON: 191123898

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w GDAŃSKU UL. SOSNOWA 2, 83-251 GDAŃSK WRZESZCZ, NIP: 9570017261; REGON: 000173568

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 podstawowym strażaka ratownika Ochotniczych Straży Pożarnych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wydania zaświadczenia. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych jest Komendant Powiatowy Państwowej Straży Pożarnej w Tczewie, ul. Lecha 11, 83-110 Tczew.

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

(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,
* ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia.

……………………… …………………………………………………………

*(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)