Załącznik nr 2

 ……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie**…………………………………………………………………………………………………

*(nazwa szkolenia)*

***Komendzie Powiatowe Państwowej Straży Pożarnej w Myślenicach***

organizowane w…………………………………………………………………………………………………

***ul. Przemysłowa 9, 32-400 Myślenice NIP: 6811693454***

……………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) w Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Myślenicach, 32-400 Myślenice , ul. Przemysłowa 9, NIP: 6811693454

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie, ul. Zarzecze 106, Kraków 30-134 NIP: 6750007386, REGON: 350132584

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 5210413024, 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)