..................................., dnia ............................

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie doskonalące dla strażaków ksrg**

**z zakresu współdziałania z SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe**

organizowane w Ośrodku Szkolenia KW PSP w Gorzowie Wlkp. z siedzibą w Świebodzinie

ul. Cegielniana 13, 66-200 Świebodzin, NIP: 5991024664 REGON: 210037733

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

w terminie 28 lutego 2021 r.

**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…………………………………………………………………………………………………………………………
2. województwo ………………………………………………………………
3. Adres e-mail:.......................................@gmail.com

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

### organizatora szkolenia: Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Gorzowie Wlkp.,

### 66-400 Gorzów Wlkp., ul. kard. Wyszyńskiego 64, NIP: 5991024664, REGON: 210037733

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: ………………………………

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem *doskonalącym dla strażaków ksrg z zakresu współdziałania z SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe* zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r., poz.1000 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,
* zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy ważne na czas szkolenia.

………………………………… ……………………………….………………

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu   
gminy/przełożonego uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)*