

(pieczęćka nagławkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA na

Szkolenie.....

(nazwa szkolenia)

organizowane w **Komendzie Powiatowej PSP w Lwówku Śląskim,
ul. Sikorskiego 2, 59-600 Lwówek Śląski, NIP 614 14 14 589;**

(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
6. Adres zamieszkania
województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹

Komendę Powiatową PSP w Lwówku Śląskim, 59 - 600 Lwówek Śląski, ul. Sikorskiego 2, NIP 614-14-14-589 ; REGON 230827030

Komendę Wojewódzką PSP we Wrocławiu, 50-552 Wrocław, ul. Borowska 138, NIP 896-00-05-064, REGON 173640

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

Urząd Gminy w NIP REGON

Jednostkę OSP w NIP REGON:

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem

zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (tj. Dz. U. 2019 r. poz. 1781).

(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/a 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)