……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie** **kierowców – konserwatorów sprzętu ratowniczego Ochotniczych Straży Pożarnych**

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w: **Komenda Powiatowa PSP w Międzychodzie**

ul. Zewnętrzna 4, 64 – 400 Międzychód, NIP 595-13-39-700, REGON:210467020

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

w terminie 04.09.2021 r. – 11.09.2021 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 ………………………………………………………………………………………………………………………….
6. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………województwo …………………………….

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) w *KP PSP w Międzychodzie*, NIP: 595-13-39-700 ; REGON: 210467020

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w *Poznaniu, ul. Masztalarska 3*, NIP: 7781209832 ; REGON: 000684493

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 000173404.

Urząd Gminy w Międzychód, ul. Marszałka Piłsudskiego 2, 64-400 Międzychód, NIP: 595-141-38-04; REGON: 210967060.

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

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem kierowców-konserwatorów sprzętu ratowniczego Ochotniczych Straży Pożarnych zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. ( Dz. U. 2018 r. poz. 1000)

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

(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)