# ZAŁĄCZNIKI

**Załącznik nr 1**

………………………………..

*(pieczątka jednostki delegującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

Jednostka delegująca

Nazwa ………………………………………………………………………………………..................................................... Adres ………………………………………………………………………………………………………………………………….………. tel. / fax / e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………....

Kieruję Pana / Panią...........................................................................................................................

*(stopień, imię i nazwisko)*

Nr identyfikacyjny / ewidencyjny PSP\*..............................................................................................

## na szkolenie doskonalące z ratownictwa wysokościowego realizowanego przez ksrg w zakresie podstawowym

realizowane w dniach ....................................... w ...........................................................................

Oświadczam, że kierowany / -a posiada:

1. kwalifikacje ratownika, aktualne na czas trwania szkolenia, zgodne z wymaganiami określonymi

w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,

1. kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy lub zaświadczenie

o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, aktualne na czas trwania szkolenia,

1. ubiór umożliwiający realizację szkolenia, w tym rękawice do działań technikami linowymi, oraz

**w przypadku strażaka PSP** – kierowany / -a:

1. ukończył / -a co najmniej szkolenie podstawowe w zawodzie strażak lub równorzędne,
2. nie posiada przeciwwskazań do pełnienia służby na stanowiskach bezpośrednio związanych

z działaniami ratowniczymi,

1. posiada orzeczenie komisji lekarskiej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia.

**w przypadku strażaka ratownika OSP** – kierowany / -a posiada:

1. zaświadczenie ukończenia szkolenia podstawowego strażaków ratowników OSP lub równorzędnego,
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające możliwość udziału w działaniach ratowniczych,
3. ważne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.

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

*(miejscowość, data) (podpis przełożonego uprawnionego do mianowania)\*\**

*W przypadku strażaków ratowników OSP:*

*\* - należy podać datę i miejsce urodzenia*

*\*\* - lub imię, nazwisko i pieczęć przedstawiciela Urzędu Gminy albo Naczelnika OSP.*