………………………………………… , dnia ………………………

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Podstawowe Strażaka Ratownika OSP**

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

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w **KM PSP w Słupsku ul. Młyńska 2, 76-200 Słupsk,**

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

*(nazwa jednostki organizującej szkolenie)*

w terminie ……………………………………………………….…

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………….
2. Data urodzenia: ………………………………………………………………………………………………………………
3. Jednostka ochrony ppoż.……………………….. , powiat …………….………, gmina ……….………………

**Oświadczam, że kierowany/-a**

* Spełnia wymagania określone w programie szkolenia;
* Posiada zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych lub posiada zaświadczenie lekarskie orzekające zdolność do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie ważne na czas szkolenia;
* Posiada ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia;
* Został wyposażony/a w umundurowanie i sprzęt, które posiadają aktualne świadectwa dopuszczenia do użytkowania w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, są sprawne, spełniają wymogi zgodne z wytycznymi

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

(miejscowość, data) Imię i nazwisko, pieczęć komendanta gminnego ochrony przeciwpożarowej/reprezentanta zarządu OSP.