

**ZASADY ORGANIZACJI SZKOLEŃ CZŁONKÓW OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH  
BIORĄCYCH BEZPOŚREDNI UDZIAŁ W DZIAŁANIACH RATOWNICZYCH**

---

Załącznik nr 2

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

*(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)*

*(miejscowość)*

*(dzień-miesiąc-rok)*

**KARTA SKIEROWANIA  
na**

**Szkolenie**.....  
*(nazwa szkolenia)*

organizowane w.....  
.....  
*(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 ppż....., powiat ....., gmina .....
5. Ukończone szkolenia pożarnicze .....
6. Wykształcenie ogólne:.....
7. Adres zamieszkania..... województwo.....

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

organizator szkolenia<sup>1</sup> w **KM PSP w Kaliszu, 62-800 Kalisz ul. Nowy Świat 40-42, NIP: 618-18-61-920 ; REGON: 2 5 0 7 3 3 1 7 0**  
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w ...wpisać kod pocztowy i adres ..., NIP: .....; REGON: .....  
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: .....<sup>2</sup>  
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem ...wpisać nazwę szkolenia... zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 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<sup>\*</sup>,
- .....ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
- .....karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy<sup>\*</sup>.

.....  
*(miejscowość, data)*

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

<sup>1</sup> należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

<sup>2</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

\*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.