………………………………………… , dnia …………………………….

*(miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)*

*(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)*

# KARTA SKIEROWANIA

**na**

# Szkolenie podstawowe strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych

## organizowane przez Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Złotoryi, ul. Legnicka 49, 59-500 Złotoryja, NIP 6941519542 , REGON 390682158.

w terminie od ………………………………………… roku, do roku.

**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……………………………………………………………………………… **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie, przez Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Kartuzach, ul. 3-go Maja 16a, 83-300 Kartuzy, w celach związanych z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym ochotniczych straży pożarnych.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 wyżej wskazanego Rozporządzenia zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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

(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, nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu*

*gminy/ przełożonego uprawnionego do mianowania / Naczelnika OSP)*

\* dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej