……………………………… , dnia ………………………

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**szkolenie KIEROWCÓW – KONSERWATORÓW**

**SPRZĘTU RATOWNICZEGO OSP**

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Starachowicach, Aleja Armii Krajowej 29, 27-200 Starachowice, NIP:664-10-35-805, REGON: 290707915

w terminie **11 - 19 września 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 …………………………………………………………………………………………………………………………..…..

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

1. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……..… województwo …………………………………. telefon: ……………………………………………….. e-mail …………………………………………………...

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

Komendzie Powiatowej PSP w Starachowicach, przy Al. Armii Krajowej 29, 27-200 Starachowice NIP: 664-10-35-805; REGON: 290707915

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Kielcach przy ul. Sandomierskiej 81, NIP: 657-17- 48-350 REGON: 290707861

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.

Urząd Gminy w *………………………………………………….* NIP: ………………………………………...…………; REGON: ………………………………….……………..…………………

Jednostkę OSP w *………………………………………………….*, NIP: …………………………………………………; REGON: ………………………………………………………..………… [[1]](#footnote-1)

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem ***podstawowym strażaków ratowników OSP*** zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (tj. 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,
* ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,

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

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu
gminy lub Naczelnika OSP)*

1. [↑](#footnote-ref-1)