……………………..……..……. , dnia …………………..…………………….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

***Recertyfikacje z Kwalifikowanej Pierwszej pomocy***

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Sulęcinie, 69-200 Sulęcin. ul. E. Plater 8, NIP:927-16-82-341; REGON: 210467050

*(nazwa jednostki organizującej szkolenie, adres, NIP i REGON)*

**Egzamin potwierdzający uzyskanie tytułu Ratownika**

**Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy …………………r., godz. 9:00**

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………..……………………….………………………………………………………………
2. Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………………………………………………….………..…….
3. Numer PESEL ………………………………………………………………Imię ojca……………………………………………………………………………….
4. Jednostka ochrony ppoż.………..………………………………., powiat …………….……………………, gmina ……….………………………….
5. Data i miejsce uzyskania tytułu ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy………………………………………………………….

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

1. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……..… województwo ………………………………………………………………………………

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

organizator szkolenia**[[1]](#footnote-1)** Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej, 69-200 Sulęcin, ul. E. Plater 8, NIP:927-16-82-341; REGON: 210467050

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Gorzowie Wlkp,. 66-400 Gorzów Wlkp., ul. Wyszyńskiego 64, NIP: 599-10-24-664; REGON: 210037733

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: ………………………………………………………..………… **[[2]](#footnote-2)**

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaka – ratownika OSP 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~~\*,
* ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
* ~~karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy~~\*.

**Proszę o zebranie w dniu egzaminu dowodu osobistego oraz zaświadczenia potwierdzającego tytuł ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy.**

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

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

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

1. należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

   2 w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy [↑](#footnote-ref-1)
2. \*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej. [↑](#footnote-ref-2)