1. ZAŁĄCZNIKI

**Załącznik nr 1**

………………………………..

*(pieczątka jednostki delegującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

Jednostka delegująca

Nazwa ……………………………………………………………………………………………….....................................................

Adres ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

Tel./Fax ………………………………………………………………………………………………………………………………...…………….

Kieruję Pana/ Panią...................................................................................................................................

*(stopień, imię i nazwisko)*

Nr identyfikacyjny PSP\*.............................................................................................................................

**na szkolenie doskonalące z ratownictwa wysokościowego realizowanego przez ksrg
w zakresie podstawowym**

realizowane w dniach ........................................ w ..................................................................................

Oświadczam, że kierowany/-a posiada:

1. kwalifikacje ratownika, aktualne na czas trwania szkolenia, zgodne z wymaganiami określonymi
w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
2. kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy lub zaświadczenie
o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, aktualne na czas trwania szkolenia.
3. ubiór umożliwiający realizację szkolenia, w tym rękawice pełne (z palcami).

oraz

w przypadku strażaka PSP – kierowany/-a:

1. nie posiada przeciwwskazań do pełnienia służby na stanowiskach bezpośrednio związanych
z działaniami ratowniczymi,
2. posiada orzeczenie komisji lekarskiej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia,
3. ukończył/-a co najmniej szkolenie podstawowe w zawodzie strażak lub równorzędne.

w przypadku strażaka ratownika OSP – kierowany/-a posiada:

1. zaświadczenie ukończenia szkolenia podstawowego strażaków ratowników OSP,
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające możliwość udziału w działaniach ratowniczych,
3. ważne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków,

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………..............…. | …….................………………………………............ |
| *(miejscowość, data)* | *(podpis przełożonego uprawnionego do mianowania)* |

*w przypadku członków OSP należy podać:*

 *\* - należy podać datę i miejsce urodzenia*

*\*\* - lub imię, nazwisko i pieczęć przedstawiciela Urzędu Gminy albo Naczelnika OSP.*