*.......................................................*

 *(pieczątka jednostki kierującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

Szkolenie doskonalące dla strażaków Krajowego Systemu Ratowniczo - Gaśniczego

z zakresu współdziałania z SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

realizowane w Ośrodku Szkolenia Komendy Wojewódzkiej PSP w Krakowie

**Dane uczestnika**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko **:**  |   |
|  |  |  |
| Imię **:**  |   |
|  |  |  |
| Data i miejsce urodzenia (województwo) **:**  |   |
|  |  |
| Jednostka organizacyjna.**:** |   |
|  |  |
| Termin szkolenia. **:**  |    |  |
|  |  |  |
| Oświadczam, że kierowany/-a posiada:1. kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy lub zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, aktualne na czas trwania doskonalenia zawodowego.
2. ubiór umożliwiający realizację szkolenia (ubranie specjalne, hełm strażacki, obuwie specjalne, rękawice specjalne, latarka).

**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,

**w przypadku strażaka ratownika OSP** – kierowany/-a posiada:1. zaświadczenie lekarskie potwierdzające możliwość udziału w działaniach ratowniczych,
2. ważne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków.
 |

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

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis kierującego na szkolenie)