……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie** **podstawowe strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych**

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w Komendzie Powiatowej PSP w Gołdapi; ul. Wojska Polskiego 19

19 – 500 Gołdap; NIP 847-14-62-129; REGON 511433611

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

w terminie: 11.09. - 07.11.2021r.

**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 pożarnicze3 …………………………………………………………………………………………………………………………..…..
6. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……….

województwo ………………………………………………………………………… e-mail………………………………………………………………………

nr telefonu…………………………………………………………………………….

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) KP PSP w Gołdapi, ul. Wojska Polskiego 19, 19 – 500 GołdapNIP: 847-14-62-129; REGON: 511433611

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie ul. Niepodległości 16;NIP: 739-11-26-340; REGON: 000173597

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

Urząd Gminy w *…wpisać kod pocztowy i adres …)*, NIP: …………..………………..………; REGON: …………………………………………….

Jednostkę OSP w *…wpisać kod pocztowy i adres …)*, NIP: …………………………………………; REGON: ………………………………………..…… [[2]](#footnote-2)

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników OSP zgodnie z

Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. 2018 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,
* 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 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

   3 OSPP, OSPKK, KPP, OSPRT, OSPKD, LPR, OSPRW, OSPN, OSPKG, [↑](#footnote-ref-1)
2. \*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej. [↑](#footnote-ref-2)