

(pieczęć nagłówek jednostki zgłaszającej)

(miejsowość)

(dzień-miesiąc-rok)

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA
na
Szkolenie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy
(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej
w Żarach, 68-200 Żary, ul. Serbska 58 NIP:928-17-41-105,

REGON:971183655

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

w terminie: **11 października - 21 października 2024 r.**

DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESELImię ojca.....
4. Jednostka ochrony ppoż....., powiat, gmina
5. Ukończone szkolenia pożarnicze
6. Adres zamieszkania.....
województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora szkolenia - Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Żarach, 68-200 Żary, ul. Serbska 58 NIP: 928-17-41-105; REGON: 971183655 w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. 2019 r. poz. 1781). Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
(miejsowość, 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 czasokres 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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu gminy/przełożonego uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)