V. 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 zakresu ewakuacji z kolei linowych**

realizowane w dniu ...................................... w ....................................................

Oświadczam, że kierowany/-a posiada:

1. ukończone „Szkolenie z zakresu ratownictwa wysokościowego realizowanego przez KSRG
w zakresie podstawowym”,
2. kwalifikacje ratownika, aktualne na czas trwania szkolenia, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
3. 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,
4. posiada ubiór umożliwiający realizację szkolenia, w tym rękawice do działań technikami

linowymi,

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.

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)* | *(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.*