

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA na

Szkolenie.....

(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Miechowie

ul. Raławicka 20 32-200 Miechów Nip 6591186866 Regon: 290707884

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

w terminie

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

Adres zamieszkania.....

województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia Komenda Powiatowa PSP¹ w Miechowie ul. Raławicka 20 ..., NIP: 6591186866; REGON: 290707884

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie ... ul. Zarzeczce 106, 30-134 Kraków ..., NIP: 6750007386; REGON: 350132584

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

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem członków OSP zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

.....
(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 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*.

.....
(miejsowość, 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

² dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.