

WZÓR wypełnienia

Załącznik nr 2

(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

KARTA SKIEROWANIA

na

Szkolenie podstawowe strażaków ratowników OSP

(nazwa szkolenia)

organizowane w **KP PSP Ustrzyki Dolne**

1 Maja 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, NIP: 689-11-76-263, Regon: 371036619

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

w terminie **od 23.09.2021 do 20.11.2021**

DANE SŁUCHACZA

- Imię (imiona) i nazwisko
 - Data i miejsce urodzenia.....
 - Numer PESEL Imię ojca.....
 - Jednostka ochrony poż., powiat, gmina
 - Ukończone szkolenia pożarnicze **brak kursu / kurs podstawowy / data ukończenia**
 - Adres zamieszkania..... **również tel. kontaktowy**
- województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹ **KP PSP UD, 38-700 UD** NIP: REGON:

pomijamy

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

uzupełnić

(miejscowość, data)

uzupełnić / czytelny podpis osoby kierowanej

(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 wstępne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy

**aktualne na czas szkolenia
uzupełnić**

(miejscowość, data)

uzupełnić zgodnie z wymaganiami

(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

*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.