

....., dnia .....

(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

## KARTA SKIEROWANIA na

### Szkolenie..... **PODSTAWOWE STRAŻAKÓW RATOWNIKÓW OSP**

(nazwa szkolenia)

organizowane w..... **Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie** .......... **ul. Powstańców Wielkopolskich 2; 63-200 Jarocin; NIP 617-15-80-409; R: 250701737** .....

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

w terminie ..... **05.11.2021 - 12.12.2021** .....

### 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 pożarnicze .....
- .....
6. Adres zamieszkania.....

województwo .....

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

organizator szkolenia<sup>1</sup> Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Jarocinie, ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 63-200 Jarocin, NIP: 617-15-80-409; REGON: 250701737;

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Poznaniu, ul. Masztalarska 3, 61-767 Poznań, NIP: 778-12-09-832; REGON: 000684493

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 000173404.

Urząd Miejski w Jarocinie, al. Niepodległości 10, 63-200 Jarocin, NIP: 617-21-86-235; REGON: 000524571

Jednostkę OSP w ....., NIP: .....; REGON: .....<sup>2</sup>

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników OSP, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (tj. Dz. U. 2018 r. poz. 1000, 1669, z 2019 r. poz.730.)

.....  
(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)

<sup>1</sup> należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

<sup>2</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

\*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej