………………………………………..

 (Pieczęć jednostki kierującej)

KARTA SKIEROWANIA

……………………………………………………..………………………………..

(rodzaj szkolenia podsumowującego/doskonalenia zawodowego)

Ośrodek Szkolenia w Łapach

Dane uczestnika

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: | ……………………………………………………………….. |
| Imię: | ……………………………………………………………….. |
| Stopień służbowy: | ……………………………………………………………….. |
| Data i miejsce urodzenia(województwo): | ……………………………………………………………….. |
| Jednostka organizacyjna: | ……………………………………………………………….. |
| Termin szkolenia: | ……………………………………………………………….. |

Oświadczam, że kierowany/-a posiada:

1. Orzeczenie komisji lekarskiej lub orzeczenia o zdolności do służby lub aktualne okresowe profilaktyczne badanie lekarskie o zdolności do służby, aktualne na czas trwania doskonalenia zawodowego.
2. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higiena pracy, aktualne na czas trwania doskonalenia zawodowego.
3. Umundurowanie i sprzęt ochrony indywidualnej, 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 doskonalenia zawodowego.

Oświadcza, że kierowany/-a nie posiada przeciwskazań do pełnienia służby na stanowiskach bezpośrednio związanych z działaniami ratowniczymi. \*

 ……………………….. ……….……..………………………………………

 (miejscowość, data) (Podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej PSP

\*- nie dotyczy szkoleń doskonalących/podsumowujących dla dyżurnych stanowisk kierowania