*.......................................................*

 *(pieczątka jednostki kierującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

………………………………………………………………………………

( rodzaj szkolenia podsumowującego/doskonalenia zawodowego)

Wojewódzki Ośrodek Szkolenia PSP w Krakowie

**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 orzeczenie o zdolności do służby lub aktualne okresowe profilaktyczne badania lekarskie o zdolności do służby, aktualne na czas trwania doskonalenia zawodowego.
2. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny 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.

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

 ………….……………………….. ……………….…………………..……………………………

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis kierującego na szkolenie)

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