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

*(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