……………………..……..……. , dnia …………………..…….

*(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej) (miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)*

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie kierujących działaniem ratowniczym dla członków Ochotniczych Straży Pożarnych**

**(Dowódców OSP)**

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w *Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Żarach*, 68-200 Żary, ul. Serbska 58 NIP:928-17-41-105, REGON:971183655

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

w terminie **08 – 22 października 2016 r.**

**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 …………………………………………………………………………………………………………………………..…..

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

1. Adres zamieszkania…………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……..… województwo ………………………………………………………………………………

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

organizatora szkolenia – *Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Żarach, 68-200 Żary, ul. Serbska 58* NIP: 928-17-41-105; REGON: 971183655 w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad *szkoleniem kierowców-konserwatorów sprzętu ratowniczego*  *Ochotniczych Straży Pożarnych* zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

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

(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,
* ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkoleni,
* zaświadczenia lub świadectwa ukończenia szkolenia podstawowego strażaków ratowników OSP wg programu z 2015 roku lub spełnienie równorzędnych wymagań zgodnie z programem szkolenia z 2006 roku (zaświadczenie ukończenia kursu ratownictwa technicznego strażaków ratowników OSP).

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

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu
gminy/przełożonego uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)*