

..... , dnia
(pieczęć nagławkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

KARTA SKIEROWANIA
na
Szkolenie kierowców-konserwatorów sprzętu
ratowniczego Ochotniczych Straży Pożarnych
(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 **17 – 25 września 2016 r.**

DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESELImię ojca.....
4. Jednostka ochrony ppoż....., powiat, gmina
5. Ukończone szkolenia pożarnicze
6. 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 szkolenia,
- 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.

.....
(miejscowość, data)

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