

(pieczęć nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA
na
Szkolenie podstawowe strażaków ratowników
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 **20 lutego 2016 r. – 10 kwietnia 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:

organizator szkolenia¹ w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Żarach, 68-200 Żary, ul. Serbska 58 NIP: 928-17-41-105; REGON: 971183655

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Gorzowie Wlkp., ul. Kard. S. Wyszyńskiego 64, 66-400 Gorzów Wlkp., NIP: 5991024664; REGON: 210037733

Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.

Urząd Gminy w NIP:; REGON:

Jednostkę OSP w NIP:; REGON:²

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem *podstawowe strażaków ratowników 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.

.....
(miejscowość, data)

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

¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

² w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy