……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**szkolenie** **kierowców - konserwatorów sprzętu ratowniczego OSP**

organizowane w Komendzie Powiatowej PSP w Puławach

w terminie …………………………………………………………………………………………………………

**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:**

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) KP PSP w Puławach, ul. Lubelska 51, 24-100 Puławy NIP: 716-22-75-771; REGON: 431029375,

KW PSP w Lublinie, ul. Strażacka 7, 20-012 Lublin, NIP: 712 010 51 42 ; REGON: 000 173 580,

KG PSP w Warszawie, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404,

Urząd Gminy w *…wpisać kod pocztowy i adres …)*, NIP: ………………………………………...…………; REGON: ………………………………….……………..…………………

Jednostkę OSP w *…wpisać kod pocztowy i adres …)*, NIP: …………………………………………………; REGON: ………………………………………………………..………… [[2]](#footnote-2)

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników OSPzgodnie 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,
* orzeczenia komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia\*,
* ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
* karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy\*.

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

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu gminy)*

……………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko, pieczęć Naczelnika OSP)*

1. należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

   2 w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy [↑](#footnote-ref-1)
2. \*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej. [↑](#footnote-ref-2)