

KARTA SKIEROWANIA na

.....
.....
organizowane w *Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Zawierciu*

w terminie *od* *roku*

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
7. Telefon e-mail.....
8. Kod do platformy e-learningowej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Zawierciu NIP: 649-19-16-288; REGON: 273072321
 Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w *Katowicach*, NIP: 954-10-02-423; REGON: P-000173574
 Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 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:¹
 w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem *Podstawowym strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych* zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.)

.....
(miejsceowość, 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*.

.....
(miejsceowość, data)

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

¹ w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.