

**ZASADY ORGANIZACJI SZKOLEŃ CZŁONKÓW OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH
BIORĄCYCH BEZPOŚREDNI UDZIAŁ W DZIAŁANIACH RATOWNICZYCH**

Załącznik nr 2

(pieczęć nagłówek jednostki zgłaszającej)

....., dnia.....
(miejsowość) (dzień-miesiąc-rok)

KARTA SKIEROWANIA

na

Szkolenie

(nazwa szkolenia)

organizowane w.....

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

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
6. Adres zamieszkania

Województwo.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia ¹w(wpisać kod pocztowy i adres) NIP:.....;
REGON:.....
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w(wpisać kod pocztowy i adres) NIP:.....
REGON:.....
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:.....²
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem(wpisać nazwę szkolenia)
zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.(tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

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 szkolenia³ ,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia
- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy⁴ .

.....
(miejsowość, 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

³ dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej .