załącznik nr.1

……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie** podstawowe strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych

*(nazwa szkolenia)*

Organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej   
 w Aleksandrowie Kujawskim ul. Halinowo 2a, NIP 8911011461, REGON 001256730

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

w terminie: 20 lutego – 17 kwietnia 2016 roku

**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:**

Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej [[1]](#footnote-1)87-700 Aleksandrów Kujawski, ul. Halinowo 2a NIP:8911011461; REGON:001256730

Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej , 87-100 Toruń , ul. Prosta 32, NIP: 9561044672; REGON: 000598380

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]](#footnote-2)

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaka ratownika OSP 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,
* 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/przełożonego uprawnionego do mianowania/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)