

(pieczęćka nagłówekowa jednostki zgłaszającej)

(miejsce)

(dzień-miesiąc-rok)

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA na

Szkolenie

(nazwa szkolenia)

Organizowane w Komendzie Powiatowej PSP w Brzesku, ul. Ludwika Solskiego 16, 32 – 800 Brzesko, NIP: 869 165 4210; REGON: 851665203

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

w terminie

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, tel kontaktowy.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹ Komendę Powiatową PSP w Brzesku, ul. L. Solskiego 16, 32 – 800 Brzesko, NIP: 869 165 4210; REGON: 851665203
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej, ul. Zarzecze 106, 30-134 Kraków NIP: 675 00 07 386; REGON: 350132584
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 ...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.)

.....
(miejsce, 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*.

.....
(miejsce, 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

*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.