**Załącznik nr 2  
 do Rozkazu nr  54/2024  
 Łódzkiego Komendanta Wojewódzkiego PSP  
 z dnia 26 kwietnia 2024 roku**

................................................. ……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Egzamin potwierdzający posiadanie tytułu ratownika   
dla strażaka ratownika OSP**

organizowany przez Ośrodek Szkolenia KW PSP w Łodzi zs. w Sieradzu,   
ul. Grzesika i Piwnika 1, 98-200 Sieradz.

*(nazwa jednostki organizującej szkolenie, adres)*

w terminie **15.05.2024**

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię i nazwisko …………………………………………………..……………………….………………………………............………………………………
2. Data urodzenia …………………………………………………………………………………………………………………………...........….………..…….
3. PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
4. Jednostka ochrony ppoż.………..………………………., powiat …………….……………………, gmina ……….………………………………..

**Oświadczam, że kierowany/-a:**

* spełnia wymagania określone w Rozkazie nr 54 ŁKW PSP z dnia 26 kwietnia 2024 roku,
* posiada zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych lub posiada zaświadczenie lekarskie orzekające zdolność do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w tym zakresie ważne na czas szkolenia;
* posiada ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
* 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.

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

*(miejscowość, data) (imię i nazwisko, pieczęć   
 komendanta gminnego ochrony przeciwpożarowej/reprezentanta zarządu OSP)*