….………………………………..

 *miejscowość, data*

KARTA SKIEROWANIA

Nazwa zakładu pracy:……………………………………………………………………..

Adres:……………………………………………………………………………………………

Tel./e-mail: ……………………………………………………………………..

Kieruję Pana/Panią:

* + - Imię i nazwisko ....................................................................................................
		- Data urodzenia .......................................
		- Miejsce urodzenia ................. ...................................................... ..... . .... .
		- Adres e-mail …………………………………………………………………………………………….

na

Szkolenie.................................................................................................................................................. .......................

*nazwa szkolenia*

realizowane w terminie od .......................................... do .................................

w…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*nazwa organizatora szkolenia*

Oświadczam, że kierowany/a posiada

* minimum średnie wykształcenie

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

*miejscowość, data*  *imię i nazwisko
osoby kierującej na szkolenie*

**Potwierdzam poprawność moich danych osobowych w karcie skierowania oraz zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych dostępną na stronie internetowej
Komendy Wojewódzkiej PSP w Szczecinie, zamieszczoną pod adresem** [**https://www.gov.pl/web/kwpsp-szczecin/rodo**](https://www.gov.pl/web/kwpsp-szczecin/rodo) **.**

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

*miejscowość, data* *czytelny podpis
zgłaszanej osoby*