……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie z zakresu ………………………………………………………………………..**

*(nazwa szkolenia)*

organizowane w **KM PSP w Słupsku *ul. Młyńska 2, 76-200 Słupsk,*  NIP: 8392569413, REGON: 770983182**

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………………………………………………………………………………………………………………………….
7. województwo ………………………………………………………………………………

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:**

organizatora szkolenia[[1]](#footnote-1)  **Komendę Miejską PSP w Słupsku *ul. Młyńska 2, 76-200 Słupsk,*** NIP: 8392569413, REGON: 770983182,

**Komendę Wojewódzką PSP w Gdańsku**, ul. Sosnowa 2, 80-251 Gdańsk Wrzeszcz, NIP: 9570017261, REGON: 000173568

**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: ……………………………………………………….

*w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad „ Szkoleniem OSP” w związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”)*

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

(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)