

# WZÓR wypełnienia

Załącznik nr 2

(pieczęćka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

## KARTA SKIEROWANIA

na

**Szkolenie podstawowe strażaków ratowników OSP**

(nazwa szkolenia)

organizowane w **KP PSP Ustrzyki Dolne**

**1 Maja 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, NIP: 689-11-76-263, Regon: 371036619**

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

w terminie **od 29.02.2020 do 16.05.2020**

## DANE SŁUCHACZA

- Imię (imiona) i nazwisko .....
  - Data i miejsce urodzenia.....
  - Numer PESEL ..... Imię ojca.....
  - Jednostka ochrony poż., powiat ....., gmina .....
  - Ukończone szkolenia pożarnicze **brak kursu / kurs podstawowy / data ukończenia** .....
  - Adres zamieszkania..... **również tel. kontaktowy** .....
- województwo .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia<sup>1</sup> **KP PSP UD, 38-700 UD** NIP: ..... REGON: .....

**pomijamy**

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem **podstawowe** zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.)

**uzupełnić**

(miejscowość, data)

**uzupełnić / czytelny podpis osoby kierowanej**

(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 wstępne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy .....

**aktualne na czas szkolenia  
uzupełnić**

(miejscowość, data)

**uzupełnić zgodnie z wymaganiami**

(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu  
gminy/przełożonego uprawnionego do mianowania/Naczelnika OSP)

<sup>1</sup> należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

<sup>2</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

\*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.