

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Pieczęć jednostki kierującej)

**Ośrodek Szkolenia
Komendy Wojewódzkiej
Państwowej Straży Pożarnej
w Olsztynie**

**KARTA SKIEROWANIA
FUNKCJONARIUSZY PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ NA
TEST/ĆWICZENIA DOSKONAŁĄCE* W KOMORZE DYMOWEJ W DNIU**

L.p.	Stopień	Imię	Nazwisko	Nr. Ewidencyjny	Jednostka
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

Potwierdzam, że osoby skierowane na test/ćwiczenia doskonalące* w komorze dymowej :

- ukończyły szkolenie wstępne lub posiadają aktualne szkolenie okresowe z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- posiadają orzeczenie o zdolności do służby lub aktualne okresowe profilaktyczne badania lekarskie.

Sprzęt ochrony dróg oddechowych oraz środki ochrony indywidualnej posiadają wymagane dopuszczenia do użytkowania. Skierowane osoby zostały wyposażone w sprawną maskę i aparat powietrzny.

Opiekun grupy:
(stopień, imię i nazwisko)

*) *niepotrzebne skreślić*

.....
(Podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej PSP)