

..... , dnia .....  
(pieczęć nagłówkowa jednostki zgłaszającej)

(miejscowość)

(dzień-miesiąc-rok)

**KARTA SKIEROWANIA**  
**na**  
**Szkolenie Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy**  
(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej  
w Żarach, 68-200 Żary, ul. Zielonogórska 34 NIP:928-17-41-105,

REGON:971183655

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

w terminie: **23 października - 16 listopada 2026 r.**

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia
3. Numer PESEL Imię ojca
4. Jednostka ochrony ppoż.
5. Adres zamieszkania
6. Numer telefonu:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora szkolenia - Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Żarach, 68-200 Żary, ul. Zielonogórska 34 NIP: 928-17-41-105; REGON: 971183655 w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem podstawowym strażaków ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. 2019 r. poz. 1781). Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....  
(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,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia.

.....  
(miejscowość, data)

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