…………………………………. , dnia …………………………….

 *(miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)*

*(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**SZKOLENIE PODSTAWOWE STRAŻAKÓW RATOWNIKÓW OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH***(nazwa szkolenia)*

organizowane w **Komendzie Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Dąbrowie Górniczej**

**ul. Podlesie 2, 41-303 Dąbrowa Górnicza; NIP: 6292106948; REGON: 273073020**

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

w terminie *od 13.08.2021r.do 24.09.2021r*.

**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 ……………………………………………………………………………………………………………………….....…..…..

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

1. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………województwo………………………………

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

- organizatora szkolenia[[1]](#footnote-1) Komendę Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Dąbrowie Górniczej

 ul. Podlesie 2. 41-303 Dąbrowa Górnicza NIP:6292106948 ; REGON: 273073020

- Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Katowicach*,,ul.Wita Stwosza 36, 40-042 Katowice* NIP: 954 10 02 423; REGON: 000173574.

- Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404.

-Urząd Gminy w *(wpisać kod pocztowy i adres) …..………………………………………………………………....……...,* NIP: …………………...…….………; REGON: ……………..………

-Jednostkę OSP w *(wpisać kod pocztowy i adres)………………………..…………………..………………....……….…,* NIP: ……………………....…………; REGON: …………..………… [[2]](#footnote-2)

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

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679, zwanego dalej Rozporządzeniem, informujemy, że Administratorem przetwarzającym Pani(a) dane osobowe w ramach monitoringu jest Komendant Miejski Państwowej Straży Pożarnej w Dąbrowie Górniczej ul. Podlesie 2. 41-303 Dąbrowa Górnicza, NIP:6292106948.

 Z  Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować z wykorzystaniem poczty elektronicznej pisząc maila na adres: straz@katowice.kwpsp.gov.pl). Pani(a) dane osobowe będą przetwarzane w celu  organizacji, przeprowadzenia i dokumentowania procesu szkolenia, ćwiczeń oraz zapewnienia bezpieczeństwa w obiekcie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia. Dane osobowe przechowywane będą zgodnie z okresami przyjętymi w  zarządzeniu nr 21 Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25 stycznia 2013 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej i jednolitego rzeczowego wykazu akt dla Państwowej Straży Pożarnej (Dz. Urzędowy MSW z 2013 r. poz. 2007). Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia, a także ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani(u) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy Rozporządzenia. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości odbycia szkolenia. Przetwarzanie nie podlega zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

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

 (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)
2. \*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej. [↑](#footnote-ref-2)