……………………………………….. ……………………..……..……. , dnia …………………..…….

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie Podstawowe Strażaków Ratowników Ochotniczych Straży Pożarnych**

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Zwoleniu 26-700 Zwoleń ul. Lubelska 6, NIP: 811-15-25-483 ; REGON: 670229620

w terminie od 16 września 2021 r. do 17 października 2021 r.

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

**INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

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 jest Komendant Powiatowy Państwowej Straży Pożarnej w Zwoleniu, ul. Lubelska 6, 26-700 Zwoleń. Z Inspektorem Ochrony Danych można się skontaktować z wykorzystaniem poczty elektronicznej pisząc maila na adres: ochrona.danych@mazowsze.straz.pl. Pani(a) dane osobowe, w postaci karty skierowania , danych określonych w programie szkolenia, narady, konferencji oraz książce pobytu będą przetwarzane w celu organizacji, przeprowadzenia i dokumentowania procesu szkolenia, zapewnienia bezpieczeństwa w obiekcie. Przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) Rozporządzenia. Pani(a) dane osobowe przekazane zostały przez podmiot delegujący Panią(a) na szkolenie, np. pracodawcę lub jednostkę Ochotniczych Straży Pożarnych. Dane osobowe przechowywane będą na podstawie ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, 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(-) prawo do dostępu do danych osobowych, prawo ich sprostowania, usunięcia, a także ograniczenia przetwarzania. Przysługuje Pani(u) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych jeżeli uzna, że przetwarzanie narusza przepisy Rozporządzenia. Przetwarzanie nie podlega zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

**Zapoznałem się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych:**

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

(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)*