

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Pieczęć jednostki kierującej)

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

**KARTA SKIEROWANIA
OSÓB SPOZA PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ NA TEST/ĆWICZENIA
DOSKONALĄCE* W KOMORZE DYMOWEJ W DNIU**

Lp.	Imię	Nazwisko	Jednostka	Data urodzenia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

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

- ukończyły szkolenie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy,
- posiadają aktualne zaświadczenie lekarskie pozwalające na bezpośredni udział w działaniach ratowniczych lub do pracy w sprzęcie ochrony układu oddechowego.

Sprzęt ochrony układu oddechowego 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 osoby kierującej na test)