

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA

na

szkolenie podstawowe strażaków ratowników OSP

organizowane w Komendzie Miejskiej PSP w Chełmie

w terminie

DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Numer PESELImię ojca.....
4. Jednostka ochrony ppoż....., powiat, gmina
5. Ukończone szkolenia pożarnicze
6. Adres zamieszkania..... województwo

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia¹ KM PSP w Chełmie, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 2B, 22-100 Chełm, NIP: 563-18-82-012; REGON: 110200225,
KW PSP w Lublinie, ul. Strażacka 7, 20-012 Lublin, NIP: 712 010 51 42 ; REGON: 000 173 580,
KG PSP w Warszawie, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404,
Urząd Gminy wwpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON:
Jednostkę OSP wwpisać kod pocztowy i adres, NIP:; REGON: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.)

.....
(miejsowość, 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*.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko, pieczęć Prezesa/ Naczelnika OSP)

.....
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu gminy)

¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia
² w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

*dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.