………………………………… , dnia ……………………………..

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

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**szkolenie kierujących działaniem ratowniczym dla strażaków OSP**

organizowane w Komendzie Miejskiej PSP w Chełmie

w terminie ……………………………………………………………………………………………………………………………

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………..…………….……………….…………………………………….…..…….…………………
2. Data i miejsce urodzenia ……………………………………………………………………………………………………………………….…………....………..…….
3. Numer PESEL ……………………………………………..……………..……… Imię ojca ….…………………………………………………….….………...…………
4. Jednostka ochrony ppoż .………..…………..………………., powiat …………….……………………, miasto/gmina ……………..…….…..…………..
5. Ukończone szkolenia pożarnicze (rodzaj-rok) ………………………………………..………………….……………………………………………………..…..

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

1. Adres zamieszkania…………………………………………………………….………………………………... województwo ……………….….………………………
2. Adres mailowy do e-learningu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

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

**organizatora szkolenia** : Komenda Miejska PSP w Chełmie, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 2B, 22-100 Chełm, NIP: 563-18-82-012;

oraz Komendę Wojewódzką PSP w Lublinie, ul. Strażacka 7, 20-012 Lublin, NIP: 712 010 51 42 ; REGON: 000 173 580,

Komendę Główną PSP w Warszawie, 00-463 Warszawa, ul. Podchorążych 38, NIP: 521-04-13-024, REGON: 173404,

Urząd Miasta/Gminy w *……………..wpisać kod pocztowy i adres …………..……..…*, NIP: ………………..…...…………; REGON: …………………..……………

Jednostkę OSP w *………………………..wpisać kod pocztowy i adres ………..…..…….*, NIP: …………………..……………; REGON: ……………………….…………

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem kierujących działaniem ratowniczym strażaków OSPzgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000 ) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis kierowanego na szkolenie)

*Administratorem danych osobowych jest Komendant Miejski PSP w Chełmie, ul. Prymasa Wyszyńskiego 2B. Podane dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z w/w zakresem i przepisami. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia szkolenia strażaków OSP.*

**Oświadczam, że kierowany/-a nie posiada przeciwwskazań do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych, oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/-ą n/w dokumentów (potwierdzone kopie należy dostarczyć do KM PSP):**

* zaświadczenia potwierdzającego ukończenie szkolenia podstawowego strażaków OSP wg programu z 2015 r. lub spełnienie wymagań równorzędnych (szkolenie wg programu z 2006 część II + kurs ratownictwa technicznego lub szkolenie wg programu z 2006 część I uzupełniony o ODO i BHP + kurs ratownictwa technicznego),
* co najmniej 3 – letni staż strażaka ratownika OSP (liczony od daty ukończenia szkolenia podstawowego),
* 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 lub pieczęć i podpis Prezesa/ Naczelnika OSP)*

 ……………………………………………………………………….

 *(imię i nazwisko lub pieczęć i podpis przedstawiciela urzędu gminy)*

\*Dane wypełnić czytelnie (drukowane litery)