

.....  
(pieczęćka jednostki zgłaszającej)

....., dnia .....

## KARTA SKIEROWANIA

### NA SZKOLENIE KIERUJĄCYCH DZIAŁANIEM RATOWNICZYM OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH (DOWÓDCÓW OSP)

(nazwa szkolenia)

organizowane w *Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Hławie, 14-200 Hława, ul. Kardynała Wyszyńskiego 10, NIP 744-14-87-762, REGON 510-750-522*

w terminie .....

#### DANE SŁUCHACZA

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data i miejsce urodzenia ..... woj. ....
3. Numer PESEL ..... Imię ojca .....
4. Jednostka ochrony ppoż. ....  
gmina ..... powiat .....
5. Ukończone szkolenia pożarnicze/data ukończenia .....
6. Adres zamieszkania ..... woj. ....
7. Nr telefonu .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

organizator szkolenia w <sup>1</sup>

**Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Hławie, 14-200 Hława, ul. Kardynała Wyszyńskiego 10, NIP 744-14-87-762, REGON 510-750-522**

**Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie, 10-045 Olsztyn, ul. Niepodległości 16 NIP 739-11-26-340, REGON P-000173597-31005000-52-1-752-51101**

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

Urząd Miasta/Gminy w .....

NIP ..... REGON .....

Jednostkę OSP w .....

NIP ..... REGON .....<sup>2</sup>

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

.....  
(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 czasokres użytkowania na czas trwania szkolenia oraz potwierdzam posiadane 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\*,
- ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela  
urzędu miasta/gminy, Naczelnika OSP)

<sup>1</sup> należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

<sup>2</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGON-u nie wpisujemy,

\* dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.