

.....
(pieczęćka jednostki zgłaszającej)

....., dnia

KARTA SKIEROWANIA

NA SZKOLENIE NACZELNIKÓW OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH

(nazwa szkolenia)

organizowane w *Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Iławie, 14-200 Iława, 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 ¹

Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Iławie, 14-200 Iława, 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 REGON²

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem naczelników 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)

¹ należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

² w przypadku braku NIP-u lub REGON-u nie wpisujemy,

* dotyczy Państwowej Straży Pożarnej i innych jednostek ochrony przeciwpożarowej.