

KARTA SKIEROWANIA na

Szkolenie

.....
(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Kłodzku
57-300 Kłodzko, ul. Traugutta, NIP: 883-16-12-023, REGON: 890723670

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:

- Komendę Powiatową PSP w Kłodzku, 57-300 Kłodzko, ul. Traugutta 7, NIP:883-16-12-023; REGON: 890723670
- Komendę Wojewódzką PSP w Wrocławiu ul. Borowska 138, 50-552 Wrocław, NIP: 896-00-05-064; REGON: 173640
- 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** :

w zakresie związanym z organizacją i prowadzeniem szkolenia oraz nadzorem nad nim, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2018 r. poz. 1000).

.....
(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 czasookres użytkowania na czas trwania szkolenia oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/a 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 badania lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia***,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy***.

.....
(miejscowość, data)

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

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

* - niepotrzebne skreślić

** - w przypadku braku NIP lub nr. REGON - nie wpisywać

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