

## KARTA SKIEROWANIA na

Szkolenie .....

organizowane w Komendzie Powiatowej PSP w Górze, ul. W. Witosa 22, 56-200 Góra  
NIP: 693-18-36-844, REGON: 410390469

w terminie .....

### DANE SŁUCHACZA

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

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

organizator szkolenia<sup>1</sup>: Komendę Powiatową Państwowej Straży Pożarnej w Górze ul. W. Witosa 22, 56-200 Góra,  
NIP: 693-18-36-844, REGON: 410390469  
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej we 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 Gminy w NIP: ; REGON:  
Jednostkę OSP w NIP: ; REGON: 2

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

.....  
(podpis słuchacza)

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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(imię i nazwisko, pieczęć przedstawiciela urzędu (gminy) przełożonego uprawnionego do mianowania Naczelnika OSP )

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

<sup>2</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGONU – nie wpisujemy