

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

## KARTA SKIEROWANIA

**Na szkolenie**.....  
(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Proszowicach

ul. 3-go Maja 140 32-100 Proszowice Nip 6821437528 Regon: 351572753

(nazwa jednostki organizującej szkolenie, adres, NIP i REGON)

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.....
7. Województwo .....
8. Adres email: .....

#### **Oświadczam, że zapoznałem się z Informacją<sup>1</sup> dot. przetwarzania moich danych osobowych przez:**

Organizator szkolenia: Komenda Powiatowa PSP<sup>2</sup> w ... 32-100 Proszowice ul 3-go Maja 140 ..., NIP: 6821437528; REGON: 351572753  
Komendę Wojewódzką Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie ... ul. Zarzecze 106, 30-134 Kraków..., NIP: 6750007386; REGON: 350132584  
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: .....<sup>3</sup>  
w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem (wpisać nazwę szkolenia)

.....  
(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/-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<sup>\*</sup>,
- ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków ważne na czas szkolenia,
- karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy<sup>\*</sup>.

.....  
(miejscowość, data)

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

<sup>1</sup> art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

<sup>2</sup> należy wpisać nazwę organizatora szkolenia

<sup>3</sup> w przypadku braku NIP-u lub REGONU - nie wpisujemy

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