(pieczątka nagłówkowa jednostki zgłaszającej) (miejscowość) (dzień-miesiąc-rok)

**KARTA SKIEROWANIA**

**na**

**Szkolenie……………………………………………………………………**

**OCHOTNICZYCH STRAŻY POŻARNYCH**

(nazwa szkolenia)

organizowane w Komendzie Miejskiej PSP w Koszalinie

ul. Strażacka 8, 75-738 Koszalin

NIP:669-22-13-470; REGON: 330-957-610

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

w terminie - 20 r.

**DANE SŁUCHACZA**

1. Imię (imiona) i nazwisko …………………………………………………..……imię ojca……………………….
2. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………………………………………..
3. Numer PESEL ………………………………………………………………………………………………………
4. Jednostka ochrony ppoż. ………………………………… , powiat KOSZALIŃSKI, gmina……………………..
5. Ukończone szkolenia pożarnicze……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………

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

organizator szkolenia[[1]](#footnote-1) WOSz PSP w Bornem Sulinowie UL. KOLEJOWA 16, 78-449 BORNE SULINOWO

Komendę Wojewódzką PSP w Szczecinie, UL. FIRLIKA 9/14, 71-637 SZCZECIN, NIP 851-03-12-257, REGON 000173628

Komendę Główną PSP, UL. PODCHORĄŻYCH 38, 00-463 WARSZAWA, NIP 521-04-13-024, REGON 173404.

Urząd Gminy i Miasta w ………., adres………………………………………, NIP …………………, REGON ………………….

Jednostkę OSP w ……………………….., adres:……………………………..…………, , NIP …………….., REGON……………

w zakresie związanym z organizacją, prowadzeniem i nadzorem nad szkoleniem …………………………………………………

zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (tj. Dz. U. 2018r. poz. 1000 z późn. zm.)

…………………………….. ……………………………...

(miejscowość) (dzień-miesiąc-rok) (podpis)

**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 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)

*Załącznik Nr 9*

*do Polityki Ochrony Danych Osobowych*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia   
27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, pesel, imię ojca, ukończone szkolenia, adres zamieszkania)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………, przez Zachodniopomorskiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej   
w celu realizacji szkolenia (wymaganej dokumentacji szkoleniowej).

Zgodnie z art. 7 ust. 3 wyżej wskazanego Rozporządzenia zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.................................. …………………….…………......................

*(miejscowość i data) (podpis osoby wyrażającej zgodę)*

1. [↑](#footnote-ref-1)