………………………………..

*(pieczątka jednostki delegującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

Jednostka delegująca

Nazwa ……………………………………………………………………..………………….…….....

Adres …………………………………………………………………..……………………..………..

Tel./Fax ………………………………………………………………..……………………..………..

Kieruję Panią/Pana ....................................................................................................................

*(stopień, imię i nazwisko, imię ojca)*

Urodzoną/-ego ....................................................................................................................................................

*(data i miejsce urodzenia miejscowość i województwo)*

....................................................................................................................................................

*(miejsce pełnienia służby, stanowisko)*

**na szkolenie z ……………………………….………………………………………………………**

**realizowanych przez ksrg w zakresie podstawowym wraz z metodyką**

realizowane w dniach **……………………………….. roku** w Ośrodku Szkolenia Komendy   
Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Toruniu z siedzibą w Łubiance.

**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 i nazwisko, nr pesel, data urodzenia, adres zamieszkania, jednostka organizacyjna PSP, imię ojca oraz przetwarzanie mojego wizerunku przez Kujawsko - Pomorskiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej w celu organizacji   
i przeprowadzenia w/w szkolenia. 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. Jednocześnie oświadczam, że zostałam(em) zapoznana(y)   
z klauzulą informacyjną umieszczoną na stronie ośrodka szkolenia pod adresem* [*http://www.wosz.kujawy.psp.gov.pl/klauzura-informacyjna*](http://www.wosz.kujawy.psp.gov.pl/klauzura-informacyjna)*.*

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

*(miejscowość, data) (podpis kierowanego na szkolenie)*

Oświadczam, że kierowany/-a:

* 1. posiada kwalifikacje ratownika, aktualne na czas trwania szkolenia, zgodne   
     z wymaganiami określonymi w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
  2. posiada kartę szkolenia wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy lub zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, aktualne na czas trwania szkolenia.
  3. ukończył co najmniej szkolenie podstawowe w zawodzie strażak lub równorzędne,
  4. nie posiada przeciwwskazań do pełnienia służby na stanowiskach bezpośrednio związanych   
     z działaniami ratowniczymi,
  5. posiada orzeczenie komisji lekarskiej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okresowe badanie lekarskie, aktualne na czas trwania szkolenia,

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

*(miejscowość, data) (podpis kierującego)*