

KARTA UCZESTNIKA SZKOLENIA WERYFIKACYJNEGO
z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy dla ratowników OSP w Ośrodku Szkoleniowo-
Wypoczynkowym ZOSP RP w Kirach k. Zakopanego.

UWAGA: Wypełnioną kartę zgłoszenia opieczetowaną i podpisaną należy przesłać na adres Biura OW ZOSP RP Obowiązkowo wraz ze zgłoszeniem należy zeskanować i przesłać zaświadczenie o ukończeniu szkolenia podstawowego z zakresu KPP lub odpowiednio kolejnego po nim zaświadczenia o odbyciu szkolenia weryfikacyjnego potwierdzającego uprawnienia, które utraciło ważność. Szkolenie jest bezpłatne. Dojazd do Kir na własny koszt. W ramach szkolenia zapewniamy: zakwaterowanie, wyżywienie, materiały szkoleniowe i egzamin. Prosimy i przypominamy o obowiązkowym podawaniu kontaktowych adresów e-mail oraz prosimy o czytanie wiadomości. Nabór trwa do wyczerpania limitu jednak nie dłużej niż do 31 sierpnia.

1. Imię: **Imię ojca:**
Nazwisko:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Wykształcenie:

4. Zawód:

5. Miejsce pracy:

6. Członek OSP:

a) gmina:, **powiat:**

województwo:

b) staż strażacki: lat, **c) funkcja w OSP**

7. Adres zamieszkania:

telefon kom: **e-mail:**

8. Data zdobycia tytułu ratownika lub data kolejnego potwierdzenia kwalifikacji

wg zasad określonych w Rozporządzeniu MZ z 19.03.2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. Nr 60, poz. 408)

numer zaświadczenia dokładna nazwa podmiotu szkolącego

Wyrażam zgodę w związku z art. 23 ust. 1 pkt. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) na przetwarzanie przez Zarząd Główny Związku OSP RP moich danych osobowych na potrzeby przeprowadzenia szkolenia podstawowego z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy dla ratowników OSP, co stanowi realizację celów statutowych Administratora Danych. Jednocześnie mam świadomość, że:

1. Administratorem danych jest Zarząd Główny Związku OSP RP, z siedzibą przy ul. Obożna 1, 00-340 Warszawa.

2. Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawianie na warunkach określonych w Ustawie o ochronie danych osobowych.

3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie. Stwierdzam zgodność powyższych danych.

Data:

(Czytelny podpis osoby wypełniającej)

Pieczęć OSP kierującej kandydata na szkolenie

(Czytelny podpis i pieczęć Prezesa OSP)