Załącznik nr 1

 ……………………………………………

 (pieczątka jednostki delegującej)

**KARTA SKIEROWANIA**

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

 (stopień, imię i nazwisko, imię ojca)

**na szkolenie podstawowe w zawodzie strażak**

rozpoczynające się dnia………………………..………………….. w ………………………….…………...........…….

Informacje dodatkowe

1. Data i miejsce urodzenia …………………..……….....…………… województwo ……………..….....….…

2. Jednostka macierzysta – województwo ……….....................…………………………………………......

3. Wykształcenie ogólne …………………………………………….......…………………….…………….……….....…

4. Adres zamieszkania ...……………………….......…………………………….……….……………………….....…… …………………………………………………..........…………………………………………………..……………………........

5. Proponowane miejsce realizacji praktycznej nauki zawodu (dane JRG z terenu województwa)\* ...............................................................................................................................................

Oświadczam, że kierowany/-a nie posiada przeciwwskazań do pełnienia służby na stanowiskach bezpośrednio związanych z działaniami ratowniczymi oraz potwierdzam posiadanie przez kierowanego/-ą n/w dokumentów:

a) co najmniej świadectwa ukończenia szkoły średniej,

b) orzeczenia komisji lekarskiej lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania obowiązków służbowych, aktualnego na czas trwania szkolenia,

c) zaświadczenia o posiadaniu co najmniej kwalifikacji ratownika, aktualnego na czas trwania szkolenia, zgodnego z wymaganiami określonymi w ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2020, poz. 882 ze zm.),

d) zaświadczenia potwierdzającego ukończenie części teoretycznej szkolenia doskonalącego dla strażaków ksrg z zakresu współdziałania z SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, według programu zatwierdzonego przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej,

e) poświadczonej karty szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

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

miejscowość, data) (podpis przełożonego uprawnionego do mianowania

\*Należy wypełnić tylko w przypadku realizacji szkolenia na bazie ośrodka szkolenia