………………………………………………………

*(pieczątka jednostki delegującej)*

**KARTA SKIEROWANIA**

**NA KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY**

Kieruję Panią/Pana .................................................................................................................... na kwalifikacyjny kurs zawodowy Z.................. zawodzie technik pożarnictwa realizowany   
w ......................................................................, rozpoczynający się dnia .................................. roku.

Dane kierowanego/-ej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | stopień, imię i nazwisko |  |
|  | nr PESEL |  |
|  | imię ojca |  |
|  | data, miejsce urodzenia/woj. |  |
|  | jednostka organizacyjna/woj. |  |
|  | stanowisko służbowe |  |
|  | wykształcenie ogólne |  |
|  | wykształcenie pożarnicze (rodzaj i data ukończenia) |  |
|  | adres zamieszkania (z podaniem kodu pocztowego i województwa) |  |
|  | telefon kontaktowy: |  |
|  | adres e-mail |  |

Załączniki do karty skierowania:

1. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia świadectwa ukończenia szkoły średniej lub świadectwa maturalnego (dojrzałości),
2. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia świadectwa ukończenia szkolenia uzupełniającego strażaka jednostki ochrony przeciwpożarowej/szkolenia podstawowego w zawodzie strażak\*,
3. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego posiadanie aktualnych okresowych badań lekarskich, ważnego na czas trwania kursu,
4. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia okresowego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy dla osób biorących bezpośredni udział w działaniach ratowniczych, ważnego na czas trwania kursu,
5. wniosek o zwolnienie z zajęć odpowiadających efektom kształcenia osiągniętym na wcześniejszych etapach kształcenia.

Ponadto oświadczam, iż:

* kierowany/-a posiada kwalifikacje ratownika, aktualne na czas trwania kursu, zgodne z wymaganiami określonymi w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
* przeciw kierowanej /-mu nie toczy się postępowanie dyscyplinarne.

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

*(miejscowość, data) (podpis przełożonego)*

\*niewłaściwe skreślić