

Pieczęć OSP

**KARTA UCZESTNIKA
KURSU Z ZAKRESU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

1. Ochotnicza Straż Pożarna w

2. Nazwisko	3. Imię	4. Imię ojca
5. Data urodzenia	6. Miejsce urodzenia	7. Województwo
8. Pesel		
9. Adres zamieszkania	Ul.	
Miejscowość	Kod	Poczta
Nr tel.	E-mail:	

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 (Dz.U. Nr 133, poz. 883) na przetwarzanie przez OSP BYSTRA moich danych osobowych na potrzeby służbowe.

Potwierdzam otrzymanie wiadomości, że:

1. Administratorem danych jest OSP BYSTRA , ul. KLIMCZOKA 105 43-360 BYSTRA
2. Przysługuje mi prawo do wglądu do moich danych oraz ich poprawienie na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.
3. Dane osobowe podawane są dobrowolnie.

Stwierdzam zgodność powyższych danych.

Miejscowość, dnia	Podpis uczestnika kursu
-------------------	-------------------------

KARTA SKIEROWANIA

Zarząd Ochotniczej Straży Pożarnej w _____ kieruje na

KURSU KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

swojego członka _____
(imię, nazwisko, imię ojca kierowanego strażaka)

Jednocześnie potwierdza się, że posiada on aktualne badania lekarskie uprawniające do działań i ćwiczeń w OSP oraz jest objęty ubezpieczeniem NNW podczas działań i ćwiczeń w OSP.

.....
(Prezes OSP/Naczelnik OSP)

.....
(właściwy organ Urzędu Gminy/Komendant gminny)