*Załącznik nr 1*

……………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………………

*pieczęć jednostki kierującej*

**

Komenda Wojewódzka

Państwowej Straży Pożarnej

w Toruniu

**OŚRODEK SZKOLENIA**

**KARTA SKIEROWANIA FUNKCJONARIUSZY PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ**

**NA TEST W KOMORZE DYMOWEJ**

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

Jednostka organizacyjna PSP

Kieruję niżej wymienionych strażaków na testy w komorze dymowej w Ośrodku Szkolenia   
w Komendzie Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Toruniu, które odbędą się w dniu …………../…………/……….…. r.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Stopień służbowy | Nr służbowy  identyfikacyjny | Stanowisko służbowe | Data urodzenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam**, że osoby skierowane na test w komorze dymowej:

* ukończyły szkolenie wstępne lub posiadają aktualne szkolenie okresowe z zakresu bezpieczeństwa   
  i higieny pracy,
* posiadają orzeczenie o zdolności do służby lub aktualne okresowe profilaktyczne badania lekarskie,
* posiadają sprzęt ochrony układu oddechowego oraz środki ochrony indywidualnej zgodne   
  z wymaganymi dopuszczeniami i badaniami do użytkowania,
* zostały wyposażone w sprawną maskę i aparat powietrzny.

……………………….……………………………………………

Pieczęć i podpis kierownika jednostki organizacyjnej Państwowej Straży Pożarnej