**KARTA ZGŁOSZENIA NA KURS**

**KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY**

**Kurs podstawowy / recertyfikacja\***

(niepotrzebne skreślić)

**Dane kandydata(ki)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imiona** |  | **Nazwisko** |  |
| **Imię ojca** |  | **PESEL** |  |
| **Data urodzenia** |  | **Miejsce urodzenia** |  |
| **Ulica / miejscowość i nr domu** |  | **Kod pocztowy i miejscowość** |  |
| **Gmina i powiat** |  | **Województwo** |  |
| **Telefon** |  | **e-mail** |  |

W przypadku recertyfikacji wypełnić wszystkie poniższe pola.

W przypadku kursu podstawowego wypełnić pola, które kandydat(ka) może określić.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przynależność do jednostki współpracującej z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, w której kandydat(ka) jest zatrudniony(a), pełni służbę, jest członkiem (np. OSP, PSP, WOPR).** | | | | |
| **Nazwa**  **i adres jednostki** |  | | | |
| **Informacje z zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika** | | | | |
| **Nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego kurs** | |  | | |
| **Termin realizacji kursu** | |  | **Data egzaminu** |  |
| **Nr zaświadczenia** | |  | | |

Oświadczam, że:

* Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
* Mój stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy (i udział w Kursie).

Stwierdzam zgodność powyższych danych …………………………………..

(czytelny podpis kandydata(ki))

**Dane do faktury** (w przypadku jednolitych danych wypełnić tylko jedną kolumnę)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nabywca** |  | **Odbiorca** |  |
| **Adres** |  | **Adres** |  |
| **NIP** |  | **NIP/uwagi** |  |

Pieczęć i podpis przedstawiciela płatnika ……………..……………………………………………………….

**Kartę zgłoszeniową należy przesłać skanem (w PDF) na poniższy adres e-mail lub dostarczyć osobiście lub po uzgodnieniu przesłać pocztą tradycyjną.**

FIRE Krzysztof Skoczek Pastwa 46A, 82-500 Pastwa, Tel. 691 025 147 e-mail: kontakt@fire.edu.pl NIP 581-183-16-77

Administratora danych osobowych (ADO):

FIRE Krzysztof Skoczek, Pastwa 46A, 82-500 Pastwa, NIP 581-183-16-77

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej popisany(a) .....…….……………………………………...……………………………………………

na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119/1, z4.5.2016, zwanego dalej „RODO” , **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w Karcie zgłoszenia na kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP), a także danych związanych z prowadzonym kursem (dokumentacja kursu) oraz wizerunku, **w zakresie** organizacji i przeprowadzenia kursu KPP, a także promocji bezpieczeństwa i działalności ADO.

**Podanie przeze mnie danych osobowych jest swobodne i dobrowolne.**

Podane dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie **w celu**: organizacji i przeprowadzenia kursu KPP, a także promocji bezpieczeństwa i działalności ADO.

**Dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.**

W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się pod adresem

e-mail: kontakt@fire.edu.pl

**Zostałem(am) poinformowany(a) o moich prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym:**

1. żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych: dostępu do moich danych osobowych, możliwości sprostowania moich danych osobowych, usunięcia moich danych, oraz ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO
2. wniesienia do wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych, jeśli pojawią się do tego przesłanki
3. przenoszenia moich danych osobowych,
4. wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
5. wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem

……………………………………………………………………

(miejsce, data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

WYDRUKOWAĆ DWUSTRONNIE