

## Kurs podstawowy / recertyfikacja\*

(\*niepotrzebne skreślić)

Dane kandydata(ki)

(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI)

|         |  |                |  |
|---------|--|----------------|--|
| Imiona  |  | Nazwisko       |  |
| PESEL   |  | Data urodzenia |  |
| Gmina   |  | Powiat         |  |
| Telefon |  | e-mail         |  |

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

W przypadku recertyfikacji wypełnić wszystkie poniższe pola.

|                                                                                                                                                                                     |  |               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|
| 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 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 zgłoszenia należy przesłać skanem na poniższy adres e-mail lub dostarczyć osobiście.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informujemy, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych jest FIRE Krzysztof Skoczek, Pastwa 46A, 82-500 Pastwa, NIP 581-183-16-77. Pełna klauzula informacyjna dotycząca zasad przetwarzania Pani/Pana danych osobowych znajduje się na stronie internetowej [www.fire.edu.pl](http://www.fire.edu.pl)

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej opisany(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, z 4.5.2016, zwanego dalej „RODO”, **wyrażam zgodę na przetwarzanie następujących kategorii moich danych osobowych** (imię, nazwisko, pesel, data urodzenia, telefon, mail, adres, jednostka) zawartych w Karcie zgłoszenia na kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP), **w zakresie** organizacji i przeprowadzenia kursu KPP, a także promocji bezpieczeństwa i działalności ADO.

**Podanie przeze mnie danych osobowych jest świadome 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](mailto: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.

.....  
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

### OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody na publikację wizerunku

Ja niżej podpisany/a: ....., wyrażam **zgodę na wykorzystanie** przez ADO, **mojego wizerunku** utrwalonego w postaci zdjęć oraz filmów. Moja zgoda obejmuje w szczególności wykorzystanie mojego wizerunku w celach informacyjnych, naukowych oraz popularyzacji bezpieczeństwa i działalności ADO, poprzez jego użycie, rozpowszechnienie, publikowanie, utrwalanie oraz powielanie w notkach prasowych, reklamach prasowych, katalogach, folderach, prezentacjach multimedialnych, stronach internetowych (w tym portale Facebook, Youtube, Instagram), sieciach komputerowych oraz innych środkach komunikacji elektronicznej. Wyrażam zgodę na opatrzenie mojego wizerunku moim imieniem i nazwiskiem. Zgoda na wykorzystanie wizerunku nie jest czasowo ani terytorialnie ograniczona, obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wszelkich innych państw. Zgoda na wykorzystanie wizerunku zostaje udzielona nieodpłatnie. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form elektronicznego przetwarzania obrazu, kadrowania i kompozycji, bez obowiązku akceptacji produktu końcowego, lecz nie w formach obraźliwych lub ogólnie uznanych za nieetyczne.

☐ Wyrażam zgodę\*

☐ Nie wyrażam zgody\*

\*Właściwe zaznaczyć

Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń, w tym również o wynagrodzenie (istniejących i przyszłych) względem ADO z tytułu wykorzystania mojego wizerunku na potrzeby jak w oświadczeniu powyżej.

.....  
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

WYDRUKOWAĆ DWUSTRONNIE