

ŻYCIORYS

KANDYDATA DO SŁUŻBY

(pismo odręczne WIELKIMI LITERAMI)

Imiona i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Miejsce zamieszkania (adres do korespondencji)

Adres poczty elektronicznej

Numer telefonu

Szkoła średnia (Nazwa, data ukończenia)

Szkoła wyższa (Nazwa, data ukończenia, kierunek)

Szkoła inna (Nazwa, data ukończenia)

Wyszkolenie PSP*: 1. w zawodzie strażak 2. technik pożarnictwa 3. inżynier pożarnictwa

Wyszkolenie OSP*: 1. podstawowe 2. rat. techniczne 3. rat. na wodach 4. wg programu 17.11.2015

Wyszkolenie medyczne*: 1. kwalifikowana pierwsza pomoc 2. ratownik medyczny

Prawo jazdy*: 1. C 2. C+E

Przebieg dotychczasowego zatrudnienia:

Dodatkowe informacje, w tym doświadczenie w zakresie ochrony przeciwpożarowej

* zaznaczyć właściwe

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a, świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) poświadczam prawidłowość powyższych danych oraz oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie, nie byłem/am karany/a za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....
data

.....
podpis kandydata

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych¹⁾,
przez Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Mławie w celu

.....
Zgodnie z art. 7 ust. 3 wyżej wskazanego Rozporządzenia zgoda udzielona na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w formie oświadczenia na piśmie w dowolnym czasie, nie wpływa to jednak na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis osoby wyrażającej zgodę)

OBJAŚNIENIA.

1) wskazać o jakie dane osobowe chodzi.

....., dnia
(miejscowość)

.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że stan zdrowia Pana/Pani

.....
(imię i nazwisko)

pozwala/ nie pozwala * na wykonywanie próby wydolnościowej, testów sprawnościowych
(ćwiczeń fizycznych) podczas naboru do służby w Komendzie Powiatowej Państwowej
Straży Pożarnej w Mławie.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*niepotrzebne skreślić