

ŻYRARDOWSKIE POWIATOWE

WODNE OCHOTNICZE POGOTOWI RATUNKOWE

96-300 Żyrardów, ul. Jodłowskiego 25/27 NIP 838-18-30-629, Regon 142374868,

Bank Zachodni WBK S. A. 69 1500 2181 1221 8000 2600 0000

www.zyrardowskiewopr.pl, Tel. 660 813 493, 606 492 032

……………………………………………………….

pieczęć podłużna właściwej jednostki

Dane uczestnika szkolenia:

Imię: ………………………………………………

## Nazwisko: ………………………………………..

PESEL: …………………………………………….

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA SZKOLENIA\*

Oświadczam, że uczestniczę w szkoleniu ratowników wodnych organizowanym przez Żyrardowskie Powiatowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe na własną odpowiedzialność. Ponadto oświadczam, że:

1. mój stan zdrowia zezwala na czynne uczestnictwo w szkoleniu;
2. jestem pod standardową kontrolą lekarską i nie mam zdiagnozowanych żadnych dolegliwości (chorób) mogących ograniczyć mój czynny udział w szkoleniu;
3. zapoznałem się z regulaminem, harmonogramem i programem szkolenia;
4. wyrażam zgodę na przyjęcie mnie w poczet członków Żyrardowskiego Powiatowego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego;
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Żyrardowskie Powiatowe Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Przeczytałem i zrozumiałem.

..........................................................

 Czytelny podpis