……………………………..

 pieczęć jednostki miejscowość, data

**Wójt Gminy Ostaszewo**

**ul. Kościuszki 51**

**82-112 Ostaszewo**

**WNIOSEK**

Lista na badanie lekarskie kandydatów na strażaków ratowników Ochotniczej Straży Pożarnej w …………………………….

przeprowadzanych w celu stwierdzenia braku przeciwwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Imię ojca | Pesel | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Miejsce zamieszkania | Data i podpis kierowanego na badania |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby wnioskujące są członkami Ochotniczej Straży Pożarnej w …………………………………………..

 miejscowość, data/ Prezes/Naczelnik OSP