*Załącznik nr 4*

**OŚWIADCZENIE FUNKCJONARIUSZY PSP**

**PRZYSTĘPUJĄCYCH DO TESTÓW W KOMORZE DYMOWEJ**

KOMENDA WOJEWÓDZKA PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ W TORUNIU

OŚRODEK SZKOLENIA

87-100 Toruń, ul. Olsztyńska 6, tel. 56/619-73-05

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jednostka organizacyjna

**Oświadczam, że:**

* stan mojego zdrowia oraz stan psychofizyczny pozwala mi na udział w testach, w komorze dymowej,
* w ciągu ostatnich 48 godzin nie spożywałem alkoholu i nie zażywałem środków odurzających, a w ciągu 24 godzin nie wykonywałem czynności związanych z dużym i długotrwałym wysiłkiem fizycznym,
* zapoznałem się i akceptuję „Regulamin Komory Dymowej”, obowiązujący w Ośrodku Szkolenia w Komendzie Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej w Toruniu,
* zostałem poinstruowany przez obsługę komory dymowej o zasadach bhp podczas testu, zasadach sygnalizowania zagrożenia oraz obsługa ta skontrolowała sprawność sprzętu ochrony układu oddechowego, ilości powietrza w butli oraz wyposażenie w środki ochrony indywidualnej.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Stopień służbowy** | **Data przystąpienia do testu** | **Podpis ratownika** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………..…………………………….……………………………………

Data i podpis osoby obsługującej komorę dymową