

ZÁVÄZNÁ PRIHLÁŠKA

K tejto žiadosti do základného kurzu je potrebné priložiť **1 kus fotografie** o rozmere 3 x 3,5 cm

Žiadam o prijatie do výcviku a ku skúške k získaniu preukazu Obsluhy motorových vozíkov
triedy:..... druh:.....

Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na
triedy:..... druh:.....

Termín a miesto konania:

I. Účastník

Titul, meno a priezvisko.....

Bydlisko.....

Dátum narodenia.....

Profesia - pracovné zaradenie.....

Vodičský preukaz číslo:..... Skupina:.....

Vodičský preukaz vydal:..... Dňa:.....

Vyplním len ak sa prihlasujem na rozširovací kurz:

Preukaz obsluhy motorových vozíkov:..... Trieda:..... Druh:.....

II. Vysielajúca organizácia (resp. bydlisko samoplatcu)

Názov:.....

IČO:.....

Adresa organizácie:.....

e-mail:

IČ DPH.....

.....
*podpis účastníka

.....
podpis a pečiatka organizácie

*Podpisom prehlasujem, že nie som nespôsobilý k riadeniu motorových vozidiel a že netrpím žiadnou utajenou telesnou alebo duševnou vadou, ktorá by ma činila neschopným riadenia motorových vozidiel a školiacej organizácii udávam správne a aktuálne informácie potrebné k vydaniu preukazu a k následnej evidencii. Súhlasím v súlade so zákonom 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti za účelom evidencie a vydania preukazu, osvedčenia, písomného dokladu a aby tieto údaje boli poskytnuté môjmu zamestnávateľovi. Súhlas udeľujem na dobu neurčitú a je možné ho odvolať v prípade nezákonného nakladania s osobnými údajmi.

Podmienky zaradenia pracovníka do základného kurzu pre obsluhu motorových vozíkov

Záver:

a) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

b) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením*)

.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) Dlhodobu nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku
preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

*) nehodiace sa prečiarknite.