# Ž I A D O S Ť

 A) Žiadam o prijatie do výcvikového zariadenia na základnú odbornú prípravu k získaniu preukazu

 obsluhy motorových vozíkov triedy **I.** druhu .................................., triedy **II.** druhu .......................................

 B) Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na triedu a druh ............................................

 Meno a priezvisko:..............................................................................................................................................

 dátum narodenia .............................................

 Bydlisko : ............................................................................................................................................................

 Zamestnávateľ : ...................................................................................................................................................

 Som držiteľom vodičského preukazu pre vedenie motorových vozidiel číslo : .................................................

 s oprávnením pre skupiny : ....................................................

 Som držiteľom preukazu obsluhy motorových vozíkov č.: .................................................................................

 s oprávnením pre triedu **I.** druhu ...................................., triedy **II.** druhu ...........................................

 *Prehlasujem miestoprísažne , že nie som nespoľahlivým k riadeniu* *motorových vozidiel a že netrpím žiadnou utajenou telesnou, alebo duševnou vadou, ktorá* *by mi prekážala v riadení motorových vozidiel. Som si vedomý (á)* *následkov nepravdivosti tohto prehlásenia, najmä toho, že môže* *byť odmietnutá moja prihláška ku skúške alebo odňatý už udelený* *preukaz.*

Osobné údaje účastníkov školenia sú spracúvané v súlade s  Článkom 6 odst. c) NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov. Osobné údaje budú archivované po dobu 10 rokov.

 V *.........................................................* dňa *...........................................*

........................................................... ............................*..........................*

*(pečiatka a podpis zamestnávateľa)*  *(podpis žiadateľa)*

**ZÁVER POSUDKU** *VYPLNÍ LEKÁR*

[ ]  **Spôsobilý** na výkon posudzovanej práce

[ ]  Spôsobilý na výkon posudzovanej práce **s dočasným obmedzením** (uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať a časové

obmedzenie.........................................................................................................................................................................................................

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

[ ]  Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce

V..............................., dňa ................. ...................................................

 *odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára*

 *a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci*

nehodiace sa prečiarknite