



safety Control – VTZ s. r. o., Trstínska cesta 8/A, 917 01 TRNAVA

č. opr.: VVZ-0750/08-06.1 tel.: 0905 421365

Priložiť 1 ks fotografiu 3 x 3,5 cm !

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 miestoprišažne, že nie som nespôahlivým 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.....

Dlhodobu 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