|  |
| --- |
|  **Safety Control – VTZ s. r. o., Trstínska cesta 8/A, 917 01 TRNAVA**  |

# P R I H L Á Š K A

**na odbornú prípravu a overenie odbornej spôsobilosti obsluhy motorových píl**

podľa § 14 ods. 1 písm. c) zákona NR SR č. 124/2006 Z.z.

**Organizácia** ...................................................................................................................

(názov a adresa) ................................................................................... IČO .......................

## Prihlasovaný

(meno, priezvisko, titul)

Dátum narodenia : ..........................................................

Trvalé bydlisko : ..................................................................................................................

**Požadovaný rozsah : obsluha motorových píl pri inej činnosti ako pri ťažbe dreva**

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

 Podpis prihlasovaného pečiatka a podpis organizácie

**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