PRIHLÁŠKA

na kurz viazačov bremien

Žiadam o prijatie na základný kurz viazačov bremien.

ÚDAJE ŽIADATEĽA

Titul: ..... Meno: ..... Priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

V..... dňa ....
Podpis žiadateľa*

* Svojim podpisom potvrdzujem, že som psychicky a zdravotne spôsobilý na vykonávanie činnosti viazača bremien a že netrpím nijakou mnou vedome zatajovanou fyzickou alebo psychickou poruchou, ktorá by ma robila nespôsobilým vykonávať prácu viazača bremien.
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.

ZÁVER POSUDKU *VYPLNÍ LEKÁR*

☐ **Spôsobilý** na výkon posudzovanej práce

☐ 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)

.....

.....

.....

☐ Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce

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