

Ž I A D O S Ť

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

A/ Žiadam o prijatie do výcviku a ku skúške k získaniu preukazu obsluhy motorových vozíkov

triedy: **druh:**

B/ Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na

triedu : **druh:**

PRIEZVISKO : **MENO :**

DÁTUM NAR. : **MIESTO NAR. :**

TRVALÝ POBYT :

VODIČSKÝ PREUKAZ ČÍSLO : **SKUPINA :**

VODIČSKÝ PREUKAZ VYDAL : **DŇA :**

PREUKAZ OBSLUHY MV ČÍSLO : **TRIEDA :** **DRUH :**

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 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti za účelom evidencie a vydania preukazu obsluhy motorového vozíka 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.

V dňa

Podpis žiadateľa

ZAMESTNÁVATEĽ :

IČO: **IČ DPH:**

V dňa

Podpis a pečiatka zamestnávateľa

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

(Lekárske vyšetrenie nie je potrebné pre žiadateľa o rozšírenie podľa bodu B, pokiaľ má platné lekárske vyšetrenie ako obsluha motorových vozíkov.)

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný *spôsobilým - nespôsobilým* na obsluhu motorových vozíkov.

Poznámka: Termíny lekárskeho vyšetrenia obsluhy motorových vozíkov posúdi pracovná zdravotná služba v zmysle zákona 355/2007 Z.z., a zároveň obsluha je povinná min. 1x za 5 rokov od poslednej lekárskej prehliadky absolvovať lekársku prehliadku vo vzťahu ku práci. Ak je zamestnanec schopný riadenia motorového vozíka len s používaním okuliarov, je to potrebné vyznačiť. Ak podľa výsledku prehliadky je možné očakávať, že sa schopnosť zamestnanca k vedeniu motorového vozíka zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné lekárske vyšetrenie najneskôr do :

V dňa

Podpis a pečiatka lekára