

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 na školenie a vykonanie skúšky na získanie preukazu obsluhy motorových vozíkov

TRIEDA: DRUH:

B) Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na

TRIEDA: DRUH:

PRIEZVISKO: MENO:

DÁTUM NAR.: MIESTO NARODENIA:

TRVALÝ POBYT:

TELEFÓNY KONTAKT: EMAIL:

VODIČSKÝ PREUKAZ ČÍSLO: SKUPINA:

VODIČSKÝ PREUKAZ VYDAL: DŇA:

PREUKAZ OBSLUHY MV ČÍSLO: TRIEDA: DRUH:

Vyhlasujem, že nie som nespôsobilý na obsluhovanie motorových vozidiel a že netrpím nijakou utajenou telesnou alebo duševnou chybou, ktorá by ma robila nespôsobilým obsluhovať motorové vozidlá.

Súhlasím so spracovaním a uchovaním mojich osobných údajov v spoločnosti EUROPERSONAL & FABRIKA, s.r.o.. Svojim podpisom potvrdzujem, že moje osobné údaje, ktoré som poskytol(a) sa zhodujú so skutočnosťou, sú úplné, pravdivé a presné. Poskytnutie údajov je dobrovoľné a tieto údaje budú spracované pre účely databázy uchádzačov o zamestnanie podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Súhlas je daný na dobu určitú po dobu 3 rokov. Po období 3 rokov budú údaje anonymizované a ďalej využívané výlučne pre štatistické účely.

V Bratislave dňa

Podpis žiadateľa

ZAMESTNÁVATEĽ:

IČO: IČ DPH:

V.....dňa

Podpis a pečiatka zamestnávateľa

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný **spôsobilým – nespôsobilým** obsluhovať motorové vozíky.

Poznámka: • Ak je zamestnanec spôsobilý obsluhovať motorový vozík len s používaním okuliarov, je to potrebné vyznačiť. Ak podľa výsledku prehliadky je možné očakávať, že sa spôsobilosť zamestnanca obsluhovať motorový vozík zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné lekárske vyšetrenie najneskôr do:

V Bratislave dňa

Podpis a pečiatka lekára