



Ž I A D O S Ť

K tejto žiadosti do základného kurzu a školenia je potrebné predložiť, lekársku prehliadku o spôsobilosti.

I / Žiadam o prijatie do výcviku získaniu odbornosti a kvalifikácie spôsobilosti – **lešenár**, pre montáž a demontáž dočasných konštrukcií, lešení v zmysle § 2.písm. f, vyhl. SÚBP a SBÚ SR č. 374/1990 Zb.,

Rozsahu a druhu lešenia :

A – rúrkové

B – podperné

C – pojazdné a voľne stojace

D – drevené

E – stavebné plošinové výťahy

F – dielcové typ: HAKI, GRAF

II / Žiadam o výkon školenia a zaučenia pre spôsobilosť, **práce vo výškach a nad voľnou hĺbkou** v zmysle § 9 odst. 2. písm. c a odst. 3, vyhl. SÚBP SR č. 374/1990 Zb.,

PRIEZVISKO : **MENO :**
DÁTUM NAR. : **MIESTO NAR. :**
TRVALÝ POBYT : **ČOP :**

Prehlasujem, že nie som nespôsobilý k výkonu požadovanej odbornosti a že netrpím žiadnou utajenou telesnou alebo nie je mi známa žiadna duševná vada, ktorá by ma činila neschopným.

V zmysle zákona NR SR č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov § 7 dávam súhlas školiacej organizácii, aby moje osobné údaje boli použité pre evidenciu a vydanie preukazu lešenár a pre práce vo výškach nad voľnou hĺbkou.

V.....dňa.....
Podpis žiadateľa

ZAMESTNÁVATEĽ- OBJEDNÁVATEĽ :
IČO:..... **IČ DPH:**.....
V.....dňa.....
Podpis a pečiatka FO, PO

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný : **schopným - neschopným** podľa bodu I a II v žiadosti.

Poznámka: • Ak je zamestnanec schopný len s používaním pomôcky / okuliarov /, je to potrebné vyznačiť. Ak podľa výsledku prehliadky je možné očakávať, že sa schopnosť zamestnanca k výkonu profesie zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné lekárske vyšetrenie najneskôr do :

- Termíny lekárskeho vyšetrenia **pred nástupom do základného kurzu a pri opakovanom preškolení t.j - 1 x ročne.**

V.....dňa.....
Podpis a pečiatka lekára