

fi I A D O S - prihlá-ka do ZK .**Do základného kurzu , je potrebné predlofi , lekársku prehliadku o spôsobilosti obslúh .
Lekársku prehliadku opakovanú ó preventívnu rie-i PZS zákon . 355/2007 Z.z.,****I / fiadam o prijatie do výcviku získaniu odbornosti a kvalifikácie spôsobilosti ZK ó obsluha re azovej motorovej píly , v zmysle vyhl.MPSVR SR .46/2010Z.z, § 3 odborná spôsobilos obsluhy****Rozsahu a druhu vzdelávania : rozdelenia pod a vyhl. 356/2007 Z.z., o výchove a vzdelávania****A / ZK pre ó 10.2 Výchova a vzdelávanie osôb na obsluhu ru nej motorovej re azovej píly pri affbe dreva****B / ZK pre ó 10.3 Výchova a vzdelávanie osôb na obsluhu ru nej motorovej re azovej píly pri inej innosti****II / fiadam o výkon opakovaného povinného -kolenia a zau enia pre spôsobilos obsluha re azovej motorovej píly , v zmysle v zmysle zákona o BOZP . 124/2006Z.z, § 7 opakované overovanie vedomosti obsluhy .**

PRIEZVISKO : í .

MENO : í

DÁTUM NAR. : í

MIESTO NAR. : í

TRVALÝ POBYT : í OP : í í í í í í í í í í í

Prehlasujem, fe nie som nespôsobilý k výkonu pofadovanej odbornosti a fe netrpím fiadnou utajenou telesnou alebo nie je mi známa fiadna du-evná vada , ktorá by ma inila neschopným.

V zmysle zákona NR SR . 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov § 7 dávam súhlas -koliacej organizácii, aby moje osobné údaje boli pouffité pre evidenciu a vydanie preukazu pre obsluhu RMP.

V.....í íd aíí í í

Podpis fiadate a

ZAMESTNÁVATE - OBJEDNÁVATE : í**I O: í ..****I DPH: í**

V.....í íd aíí í í

Podpis a pe iatka FO , PO

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VY™ETRENÍfiadate bol vy-etreň a uznaný : a) na prácu **schopným - neschopným** pod a bodu **a** v fiadosti.**I. Do základného kurzu , je potrebné predlofi , lekársku prehliadku o spôsobilosti obslúh .****II. Lekársku prehliadku opakovanú ó rie-i PZS zákon . 355/2007 Z.z., Ich Termíny zabezpe í organizácia FO a PO.****Poznámka:** • Ak je zamestnanec schopný len s pouffivaním pomôcky / okuliarov / , je to potrebné vyzna í . Ak pod a výsledku prehliadky je mofné ó akáva , fe sa schopnos zamestnanca k výkonu profesie zhor-í, je potrebné navrhnu ópätovné

lekárske vy-etrene najneskôr do : í ..

V.....í íd aíí í í

Podpis a pe iatka lekára