

PRIHLÁŠKA na kurz obsluhy pohyblivej pracovnej plošiny bez ŠPZ

A) Žiadam o prijatie na základný kurz

- Ab-Pohyblivej pracovnej plošiny bez ŠPZ (nožnicové, kĺbové, prípojné)
 - EU doklad (ak máte záujem aj o EU doklad, zaškrtnite políčko)

ÚDAJE ŽIADATEĽA

Titul :

Meno :

Priezvisko :

Dátum narodenia :

Adresa trvalého pobytu :

Mesto, PSČ :

- Žiadateľ je povinný predložiť potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na prácu (nie staršie ako 6 mesiacov), na ktorú žiada vydanie preukazu alebo dokladu a doklady, ktorými preukáže splnenie zákonom stanovených podmienok.
- Žiadateľ svojim podpisom sa na vybraný kurz potvrdzuje, že nie je telesne a duševne nespôsobilý/á pre výkon činností v žiadosti uvedených, netrpí žiadnou utajenou chorobou a nie je mu známa žiadna duševná vada, ktorá by ho činila pre výkon činností neschopným.

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

- Osobné údaje žiadateľa sú spracúvané prevádzkovateľom v súlade s § 16 ods.1 písm. b) zákona NR SR č.124/2006 Z.z., o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely vydania preukazu alebo dokladu o absolvovaní výchovnej a vzdelávacej aktivity. Povinné údaje žiadateľa: meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu a doklad o zdravotnej spôsobilosti v súvislosti s vykonávanou činnosťou. Povinné údaje sú súčasťou registratúrneho záznamu prevádzkovateľa a sú uchovávané v súlade s príslušnými právnymi predpismi a po dobu stanovenú týmito právnymi predpismi.
- V súlade s § 14 zákona NR SR č. 18/2018 Z.z., o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadením EPaR (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov: fotografia, telefónne číslo, e-mail v evidencii prevádzkovateľa o absolvovaní príslušnej výchovnej vzdelávacej aktivity. Súhlas je platný po dobu 10 rokov odo dňa jeho udelenia a dotknutá osoba ho môže kedykoľvek odvolať zaslaním oznámenia na e-mail kurzy@bozpslovakia.sk alebo na poštovú adresu BOZP Danny Agency s.r.o., Štúrova 155, 949 01 Nitra.

súhlasím nesúhlasím

.....
Dátum a Podpis žiadateľa

K prihláške pripojte nasledovné:

- 1 ks fotografie s rozmermi 3 x 3,5 cm.
- 1 ks lekárom vyplnený posudok o zdravotnej spôsobilosti.

Vzor lekárskeho posudku o zdravotnej spôsobilosti zamestnanca na prácu (§ 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z. z.)

Pracovná zdravotná služba :

Evidenčné číslo posudku:

Poskytovateľ zdrav. starostlivosti :

Názov :

Sídlo :

IČO :

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

Údaje o fyzickej osobe					
Meno a priezvisko:					
Dátum narodenia :					
Bydlisko:					
Zamestnávateľ :					
Profesia-pracov. zaradenie-posudzovaná práca					
Faktory práce a pracov. prostredia :					
Kategória práce ¹⁾ pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia :	1	2	3	4	označiť kategóriu
Práce podľa osobitných predpisov (označte vybranú prácu)					
<input type="checkbox"/> obsluha motorových vozíkov					
<input type="checkbox"/> viazač bremien (skup. Aa VTZ ZZ, vyhl.508/2009 Z.z., príl. 1)					
<input type="checkbox"/> obsluha vybraných stavebných strojov a zariadení					
<input type="checkbox"/> osoby na obsluhu VTZ zdvíhacích - skup. Aa, Ba VTZ ZZ, vyhl.508/2009 Z.z. ,					
<input type="checkbox"/> obsluha mostových žeriavov <input type="checkbox"/> obsluha hydraulickej ruky (nakladací žeriav) <input checked="" type="checkbox"/> obsluha pracovných plošín					
<input type="checkbox"/> obsluha portálových žeriavov <input type="checkbox"/> obsluha stĺpových otočných žeriavov <input type="checkbox"/> obsluha kontajnerových nakladačov					
<input type="checkbox"/> osoba na obsluhu ručnej motorovej reťazovej píly pri ťažbe dreva, resp. inej činnosti					
<input type="checkbox"/> práca vo výškach a nad voľnou hĺbkou					
<input type="checkbox"/> montáž a demontáž lešenia (lešenár)					
ZÁVER POSUDKU * (nehodiace sa preškrtnite)					
SPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE :					
SPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE S DOČASNÝM OBMEDZENÍM :- uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať a časové obmedzenie					
SPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE S TRVALÝM OBMEDZENÍM :- uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať					
DOČASNE NESPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE - uviesť časové obmedzenie					
DLHODOBO NESPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE					
Dátum:					
odtlačok pečiatky a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci					

*) nehodiace sa prečiarknite.

1) § 31 ods. 1 až 5 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. 2) § 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z. z. v znení zákona č. 204/2014 Z.z.,