

PRIHLÁŠKA na kurz OBSLUHY POHYBLIVEJ PRACOVNEJ PLOŠINY BEZ ŠPZ

A) Žiadam o prijatie na základný kurz

- Ab-Pohyblivej pracovnej plošiny bez ŠPZ (nožnicové, kĺbové, teleskopické, 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., Levická 7D, 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.

Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu fyzickej osoby – podnikateľa, ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby

(§ 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z. z.)

Pracovná zdravotná služba:*)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:*)

Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK o zdravotnej spôsobilosti na prácu

Údaje o fyzickej osobe - podnikateľovi, ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Miesto podnikania:

Pracovisko:

Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca:

Faktory práce a pracovného prostredia:

Kategória práce¹⁾ pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

Práca podľa osobitných predpisov:*)

Z á v e r:

a) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

b) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením*)

.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) Dlhodobu nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho dohľad nad výkonom
lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci²⁾

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku
preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

*) 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.(§ 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z.z.)

2) § 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z.z.)

Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti zamestnanca na prácu

(§ 30e ods. 4 zákona č. 355/2007 Z. z.)

Pracovná zdravotná služba:*)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:*)

Evidenčné číslo posudku:

Názov:

Sídlo:

IČO:

LEKÁRSKY POSUDOK o zdravotnej spôsobilosti na prácu

Údaje o zamestnávateľovi:

a) ak ide o právnickú osobu*)

Obchodné meno:

Sídlo:

IČO:

b) ak ide o fyzickú osobu – podnikateľa*)

Meno a priezvisko:

Miesto podnikania:

IČO:

Údaje o zamestnancovi:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Trvalý pobyt:

Osobné číslo:*)

Pracovisko:

Profesia - pracovné zaradenie - posudzovaná práca:

Faktory práce a pracovného prostredia:

Kategória práce¹⁾ pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

Práca podľa osobitných predpisov:*)

Z á v e r:

a) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

b) Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením*)

.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie)

c) Dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho dohľad nad výkonom
lekárskej preventívnej prehliadky vo vzťahu k práci²⁾

.....
odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku
preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

Dátum:

*) 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.,