

## PRIHLÁŠKA na kurz VIAZAČ BREMIEN

### A) Žiadam o prijatie na základný kurz

### 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](mailto: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 práce<sup>1)</sup> 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 práci<sup>2)</sup>

.....  
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 práce<sup>1)</sup> 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 práci<sup>2)</sup>

.....  
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.,