

PRIHLÁŠKA NA ZÁKLADNÝ KURZ

V zmysle zákona 124/2006 Z.z., o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci v znení neskorších predpisov.

Žiadam o prijatie na základný kurz

Titul:

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Práce podľa osobitných predpisov (označte vybraný kurz)

<input type="checkbox"/> Obsluha motorových vozíkov	<input type="checkbox"/> Viazáč bremien
<input type="checkbox"/> Obsluha vybraných stavebných strojov a zariadení	<input type="checkbox"/> Obsluha mostových žeriavov
<input type="checkbox"/> Osoby na obsluhu VTZ zdvíhacích - skup. Aa, Ba VTZ ZZ, vyhl.508/2009 Z.z. ,	<input type="checkbox"/> Osoba na obsluhu ručnej motorovej reťazovej pily pri ťažbe dreva, resp. inej činnosti
<input type="checkbox"/> Obsluha mostových žeriavov	<input 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"/> Obsluha hydraulikkej ruky (nakladací žeriav)
<input type="checkbox"/> Práca vo výškach a nad voľnou hĺbkou	<input type="checkbox"/> Montáž a demontáž lešenia (lešenár)

Správa o lekárskom vyšetrení

Žiadateľ, hore menovaný je:

Spôsobilý

Nespôsobilý

V dňa Pečiatka a podpis lekára

- Žiadateľ je povinný predložiť potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na kurz, školenie, na ktorú žiada vydanie preukazu alebo dokladu a doklady, ktorými preukáže splnenie zákonom stanovených podmienok.
- Žiadateľ svojím 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 nesochpným.

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 registračného 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.