

ŽIADOSŤ

A/ Žiadam o prijatie na školenie a vykonanie skúšky na získanie preukazu obsluhy motorových vozíkov

TRIEDA:

DRUH:

B/ Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na

TRIEDA:

DRUH:

PRIEZVISKO:

MENO:

DÁTUM NAR.:

MIESTO NARODENIA:

TRVALY POBYT:

OBČIANSKY PREUKAZ ČÍSLO: číslo telefónu:

VODIČSKÝ PREUKAZ ČÍSLO: SKUPINA:

VODIČSKÝ PREUKAZ VYDAL:DŇA:

PREUKAZ OBSLUHY MV ČÍSLO:

TRIEDA: DRUH:

Vyhlasujem, že nie som nespôsobilý na obsluhovanie motorových vozidiel a že netrpím nijakou utajenou telesnou alebo duševnou chybou, ktorá by ma robila nespôsobilým obsluhovať motorové vozidlá.

V zmysle § 7 zákona NR SR č.428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov dávam súhlas školiacej organizácii, aby sa moje osobné údaje použili na evidenciu a vydanie preukazu obsluhy motorových vozíkov.

V..... dňa

Podpis žiadateľa

ZAMESTNÁVATEL:

IČO:

IČ DPH:

V..... dňa.....

.....
Pečiatka a podpis zamestnávateľa

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný **spôsobilým – nespôsobilým** obsluhovať motorové vozíky.

Poznámka: •Ak je žiadateľ spôsobilý obsluhovať motorový vozík len s použitím okuliarov, je to potrebné vyznačiť:.....

.....
Ak podľa výsledku prehliadky je možné očakávať, že sa spôsobilosť žiadateľa obsluhovať motorový vozík zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné lekárske vyšetrenie najneskôr do:

•Termíny lekárskeho vyšetrenia obsluhy motorových vozíkov: do 50 rokov-1 x za 2roky, nad 50 rokov – 1 x ročne.

V..... dňa

.....
Podpis a pečiatka lekára