**V a V Akademy s.r.o.**

#### Hlavná 50,

080 01 Prešov

IČO: 46106723 IČDPH: SK2023654567

OR OS Prešov, Oddiel: Sro, číslo vložky: 24393/P [www.vavakademy.sk](http://www.vavakademy.sk/) [info@vav.sk](mailto:info@vav.sk)

**PRIHLÁŠKA**

### na kurz OBSLUHA ZDVÍHACIEHO ZARIADENIA – HYDRAULICKÁ RUKA

1. **kurz a vykonanie skúšky na získanie dokladu na obsluhu zdvíhacieho zariadenia - hydraulickej ruky vydaného v zmysle §16 ods. 1 písm. c) zákona č.124/2006 Z.z. v znení neskorších predpisov.**

**ÚDAJE ŽIADATEĽA :**

**Priezvisko a meno: ........................................................................................**

**Dátum nar.: .................................**

**Miesto nar.: .......................................... Trvalý pobyt:................................................................................................**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som psychicky a zdravotne spôsobilý na obsluhovanie zdvíhacieho zariadenia – HYDRAULICKÁ RUKA, a že netrpím nijakou mnou vedome zatajovanou fyzickou alebo psychickou poruchou, ktorá by ma robila nespôsobilým obsluhovať zdvíhacie zariadenie – HYDRAULICKÚ RUKU.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dávam súhlas školiacej organizácii, aby sa moje osobné údaje použili na evidenciu a vydanie dokladu o absolvovaní kurzu obsluhy zdvíhacieho zariadenia – hydraulická ruka.

# V ......................................... dňa: .............................................................................

Podpis žiadateľa

**SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ**

## Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný: - schopným\*

* schopným s použitím okuliarov\*
* neschopným\*

na obsluhu **zdvíhacieho zariadenia – Hydraulická ruka**

Poznámka:

Ak je osoba schopná obsluhy zdvíhacieho zariadenia – hydraulická ruka len s používaním okuliarov, je to potrebné vyznačiť.

Ak podľa výsledkov prehliadky je možné očakávať, že schopnosť osoby na obsluhu zdvíhacieho zariadenia – hydraulická ruka sa zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné opakované lekárske vyšetrenie najneskôr do:

...................................................................... .

# V ........................................... dňa: .......................... ..................................................

Odtlačok pečiatky a podpis lekára

\*) nehodiace sa preškrnite

\*\*) k tejto prihláške je potrebné priložiť 1ks fotograﬁe o rozmere 3,5 x 3 cm