

Ž I A D O S Ť

o prijatie do kurzu v zmysle § 16 zákona č. 124/2006 Z. z. a vyhl. č. 356/2007 Z. z. v znení neskorších predpisov

Prihlasujem sa na základný kurz na obsluhu motorových vozíkov:

- * Trieda: * Druh:
- * opakované oboznamovanie zamestnancov (1x2 roky) o predpisoch na zaistenie
BOZP – nie je potrebné potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti
- *aktualizačná odborná príprava (AOP 1x5 rokov) potrebné potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

*Vybraný kurz, resp. viac kurzov zaškrtnite

Titul, meno a priezvisko: Dát. narodenia:

Ulica, č. domu: Mesto, PSČ:

tel.: e-mail:

Séria a číslo vod. preukazu: Skupina VP:

Séria a číslo obč. preukazu:

Preukaz obsluhy MV: číslo trieda, druh

Preukaz vydal (nevyplňať) ev. číslo:

Dátum poslednej AOP: Vykonal:

Dátum posledného OŠ: Vykonal:

V prípade školenia pre zamestnávateľa:

Názov spoločnosti: Sídlo:

IČO: DIČ: IČ DPH:

Tel: e-mail:

PREHLÁSENIE: Prehlasujem, že netrpím žiadnou utajenou telesnou alebo duševnou chorobou, ktorá by ma činila neschopným, a že nemám súdom zakázanú obsluhu uvedených strojov a zariadení.

V zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení, týmto udeľujem spoločnosti Ing. Matúš Toman, PhD. - LESTOM. so sídlom Novohradská 31, 984 01 Lučenec súhlas k správe, spracovaniu a uchovávaní mojich osobných údajov v rozsahu nevyhnutnom pre potreby súvisiace s účasťou na odbornej príprave, ako aj s vydaním príslušného dokladu o jej absolvovaní a evidenciou o jej absolvovaní.

PRÍLOHY K ZÁKLADNÉMU KURZU A AKTUALIZAČNEJ ODBORNEJ PRÍPRAVY:

- Fotografia 3,0 x 3,5cm – možnosť tlače priamo počas kurzu
- Potvrdenie o lekárskej spôsobilosti (nie staršie ako 6 mesiacov)

Podpis:

Ing. Matúš Toman, PhD. - LESTOM
Novohradská 31
984 01 Lučenec

IČO:50523449
IČ DIČ: SK10 7563 1546

tel.: 0948 551 422
e-mail: kurzy@lestom.sk
web.: www.lestom.sk

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.