

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 „ obsluha ručnej motorovej reťazovej píly pri ťažbe dreva“
 * základný kurz „ obsluha ručnej motorovej reťazovej píly pri inej činnosti“
 * aktualizácia odborná príprava na obsluhu ručnej motorovej reťazovej píly (AOP)
 * opakované oboznamovanie zamestnancov (v robot. profesiách) o predpisoch na zaistenie BOZP – nie je potrebné potvrdenie o lekárskej spôsobilosti
 *Vybraný kurz, resp. viac kurzov zaškrtnite

Titul, meno a priezvisko: Dát. narodenia:

Ulica, č. domu: Číslo domu:

Mesto: PSČ:

Vzdelanie:

tel.: e-mail:

Preukaz vydal (nevypĺňať) 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 LESTOM, s.r.o. so sídlom Novohradská 31, 984 01 Lučenec súhlas k správe, spracovaniu a uchovávaníu 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:

LESTOM, s. r. o.
 Novohradská 31
 984 01 Lučenec

IČO:45291675
 DIČ: 2022939215
 č.ú.: SK34 0200 0000 0032 1173 0154

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

LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA PRÁCU

Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti na prácu fyzickej osoby – podnikateľa, ktorá nezamestnáva iné fyzické osoby

Pracovná zdravotná služba:*)

Evidenčné číslo posudku:

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:*)

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 ¹⁾ pre jednotlivé faktory práce a pracovného prostredia:

Práca podľa osobitných predpisov:*)

Záver:

- a) spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)
- b) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením*)
.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať a časové obmedzenie)
- c) spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením*)
.....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať)
- d) dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)
.....
(uviesť časové obmedzenie)
- e) dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

Dátum:

.....

Odtlačok pečiatky s uvedením špecializácie lekára
a podpis lekára vykonávajúceho lekársku preventívnu
prehliadku vo vzťahu k práci

*) 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