



P R I H L Á Š K A

Výchova a vzdelávanie osôb na obsluhu ručnej motorovej reťazovej pily

Organizácia (názov, adresa):

IČO:

.....
podpis a pečiatka organizácie

V súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 a v zmysle zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov dávam svoj súhlas Pavol Kolenčík, 029 55 Novot' 157 aby sa moje bežné osobné údaje, nižšie uvedené (osobitná kategória: lekárska správa), použili na školiacu činnosť, vydávanie oprávnení a preukazov a ich evidenciu.

súhlasím

nesúhlasím

dňa:

.....
Podpis dotknutej osoby

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Bydlisko:

Tel. číslo:

Druh školenia: základný AOP

Obsluha ručnej motorovej reťazovej pily: **pri ťažbe** **pri inej činnosti**

Pohon: **spaľovací** **elektrický**

V, dňa

.....
podpis žiadateľa

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný: **spôsobilým – nespôsobilým** na činnosť: obsluha ručnej motorovej reťazovej pily.

V, dňa

.....
pečiatka a podpis