

**Mgr. Tibor Hollý - Du.I.B.P.**  
Hviezdoslavova 1213/25, 018 41 Dubnica nad Váhom

## **PRIHLÁŠKA**

na zaradenie do základného kurzu obslúh ručných motorových píl

### **I. Vyplní žiadateľ**

Žiadam o prijatie do základného kurzu a výcviku k získaniu odbornej spôsobilosti na obsluhu ručných motorových píl pre ťažbu dreva, pri inej činnosti v zmysle zákona NR SR č. 124/2006 Z. z. v znení neskorších predpisov, vyhl. MPSVaR SR č. 356/2007 Z. z. a vyhl. MPSVaR SR č. 46/2006 Z. z. § 3 odborná spôsobilosť obsluhy/.

Priezvisko \_\_\_\_\_ Meno \_\_\_\_\_ Dátum nar.: \_\_\_\_\_

Trvalé bydlisko \_\_\_\_\_

OP č.: \_\_\_\_\_ séria \_\_\_\_\_ Miesto narodenia: \_\_\_\_\_

Druh motorovej píly: \_\_\_\_\_ pohon: \_\_\_\_\_

Prehlasujem, že nie som nespôsobilý k výkonu požadovanej odbornosti a že netrpím žiadnou utajenou telesnou alebo duševnou chorobou, ktorá by ma činila neschopným.

Súhlasím so spracovaním mojich, tejto žiadosti uvedených osobných údajov pre účely skúšky, vydania preukazu a evidencie školiaceho strediska na dobu neurčitú.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis žiadateľa o preukaz

### **II. Vyplní vysielajúca organizácia - zamestnávateľ**

Presná adresa zamestnávateľa: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_ DIČ: \_\_\_\_\_ IČ pre DPH: \_\_\_\_\_

Menovaný úspešne absolvoval v termíne od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ predbežnú

prax na RMP typu: \_\_\_\_\_ s pohonom: \_\_\_\_\_

pod dozorom pilčíka \_\_\_\_\_ č. preukazu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ meno a priezvisko

\_\_\_\_\_ podpis pilčíka

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka zodpovedného pracovníka

**Pozor otočiť prihlášku !!!**



+421 903 367 373



[info@skolenia-bozp.sk](mailto:info@skolenia-bozp.sk)



+421 (0)42 4330 671

<http://www.skolenia-bozp.sk>

**III. Vyplní vyšetrujúci lekár**

---

pečiatka organizácie

**SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ**

Meno a priezvisko : \_\_\_\_\_

Dátum narodenia : \_\_\_\_\_ miesto narodenia : \_\_\_\_\_

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný za **spôsobilého - ne spôsobilého** na vykonávanie prác:**Spojených s obsluhou ručnej motorovej reťazovej pily****Poznámka:** Ak je žiadateľ schopný vykonávať uvedenú činnosť iba s použitím okuliarov, je to potrebné zaznačiť.

V \_\_\_\_\_ dňa: \_\_\_\_\_

---

podpis a pečiatka lekára PZS

