

POTVRDENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Potvrdzujem, že žiadateľ je telesne a duševne **spôsobilý - nespôsobilý** (nehodiace sa prečiarknite) obsluhovať v žiadosti označené stroje a zariadenia, resp. vykonávať v žiadosti označené činnosti.

ZÁVER POSUDKU LEKÁRA **:

- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce*)
- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s dočasným obmedzením*).....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať, a časové obmedzenie)
- Spôsobilý na výkon posudzovanej práce s trvalým obmedzením*).....
(uviesť pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať)
- Dočasne nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*).....
(uviesť časové obmedzenie)
- Dlhodobou nespôsobilý na výkon posudzovanej práce*)

** hodiace sa zaškrtnite

V..... dňa.....

.....
Odtlačok pečiatky a podpis lekára vykonávajúceho
lekársku preventívnu prehliadku vo vzťahu k práci

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ ODBORNEJ PRAXE (ak je aplikovateľné)

Žiadateľ vykonal predpísanú odbornú prax na žiadanú činnosť v dobe od do..... v rozsahu hodín na vybranom pracovnom prostriedku, stroji alebo zariadení:
pod dozorom obsluhy:

číslo platného preukazu/dokladu:

.....
pečiatka a podpis zástupcu organizácie, príp. osoby potvrdzujúcej prax

- Žiadateľ je povinný predložiť potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na prácu (nie staršie ako 6 mesiacov), na ktorú žiada vydanie preukazu alebo dokladu a doklady, ktorými preukáže splnenie zákonom stanovených podmienok.
- Žiadateľ svojim podpisom potvrdzuje, že nie je telesne a duševne nespôsobilý pre výkon činností, resp. obsluhu pracovných prostriedkov (strojov a zariadení) v žiadosti uvedených, netrpí žiadnou utajenou chorobou a nie je mu známa žiadna duševná vada, ktorá by ho činila pre výkon činností a/alebo obsluhu pracovných prostriedkov (strojov a zariadení) v žiadosti uvedených neschopným.

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

- Osobné údaje žiadateľa sú spracúvané prevádzkovateľom v súlade s § 16 ods. 1 písm. b) zákona NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely vydania preukazu alebo dokladu o absolvovaní výchovnej a vzdelávacej aktivity. Povinné údaje žiadateľa: meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu a doklad o zdravotnej spôsobilosti v súvislosti s vykonávanou činnosťou. Povinné údaje sú súčasťou registratúrneho záznamu prevádzkovateľa a sú uchovávané v súlade s príslušnými právnymi predpismi a po dobu stanovenú týmito právnymi predpismi.
- V súlade s § 14 zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadením EPaR (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov: fotografia, telefónne číslo, e-mail v evidencii prevádzkovateľa o absolvovaní príslušnej výchovnej vzdelávacej aktivity. Súhlas je platný po dobu 10 rokov odo dňa jeho udelenia a dotknutá osoba ho môže kedykoľvek odvolať zaslaním oznámenia na emailovú adresu arpas.peter@gmail.com a/alebo janarpas@gmail.com alebo na poštovú adresu M. Rázusa 683/32A, 955 01 Topoľčany.

súhlasím nesúhlasím

.....
dátum a podpis žiadateľa

Všetky práva dotknutej osoby v súvislosti so spracúvaním osobných údajov sú na stránke www.arpas.sk.

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ ODBORNEJ PRÍPRAVY A OVERENÍ ODBORNÝCH VEDOMOSTÍ

Potvrdzujem, že žiadateľ úspešne absolvoval odbornú prípravu v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci a overenie odborných vedomostí záverečnou skúškou v rozsahu ustanovenom právnymi predpismi a ostatnými predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.

Činnosť:

Dátum konania a rozsah výchovnej a vzdelávacej aktivity:

Hodnotenie:

V..... dňa.....

.....
pečiatka a podpis osoby oprávnenej na výchovu a vzdelávanie