

Václav KADLEC, U Tržnice 701, 411 08 Štětí, IČO 07152264, tel.: 724 078 266

Instruktor obsluh motorových manipulačních vozíků

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K VÝCVIKU A ZKOUŠCE

k získání průkazu*

k rozšíření průkazu* (*nehodící se škrtněte)

zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků na třídu a druh:

--

Třída vozíku	Druh vozíku
I. ELEKTROVOZÍKY II. MOTOVOZÍKY	A Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné ručně vedené B Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s pákovým řízením C Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s volantovým řízením D Vysokozdvížné ručně vedené E Vysokozdvížné s pákovým řízením W1 Vysokozdvížné s volantovým řízením do 5 t nosnosti W2 Vysokozdvížné s volantovým řízením nad 5 t nosnosti G Vysokozdvížné řízené ze zdvihací plošiny Z Vozíky nezařaditelné dle A až G.

Silně orámovanou část vyplní žadatel

Jméno a příjmení..... Datum narození..... Jsem držitelem řidičského oprávnění motorových vozidel číslo a série..... skupina / podskupina..... Jsem držitelem průkazu obsluhy motorového manipulačního vozíku číslo.....třída..... druh..... ze dne Souhlasím, aby mé výše uvedené osobní údaje byly zpracovány pro potřebu vystavení průkazu obsluhy manipulačních vozíků a pro zařazení a vedení evidence tohoto průkazu dle zásad certifikačního orgánu SZÚ, s.p. Brno při respektování ochrany osobních údajů, které stanoví obecné nařízení EU - GDPR. Čestně prohlašuji, že nejsem nezpůsobilým k právním úkonům, že mi nebyl uložen zákaz činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel, případně, že pominula doba stanovená pro pozbytí řidičského oprávnění, že netrpím tělesnou nebo duševní vadou, která by mě činila nezpůsobilým k řízení motorových vozidel a že všechny údaje jsou pravdivé. V dne..... Podpis žadatele :.....

Potvrzení o zdravotní způsobilosti (vyplní lékař žadatele *případně zaměstnavatel*)

Potvrzuji, že žadatel je na základě lékařského vyšetření tělesně a duševně schopný samostatně obsluhovat motorové manipulační vozíky.

.....
Datum lékařského vyšetření

.....
V

.....
Razítko, podpis (lékař, popřípadě zaměstnavatel)

Potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s předpisy pro obsluhu manipulačních vozíků (ČSN 26 8805, ČSN 26 9030 a dalšími souvisejícími předpisy) v rozsahu potřebném pro obsluhu motorového vozíku, Jsem si vědom odpovědnosti za prokázané škody a úrazy způsobené mým nesprávným jednáním.

.....
Datum

.....
V

.....
Podpis žadatele

Potvrzuji, že jsem byl řádně prakticky zaučen k obsluze manipulačních vozíků uvedených v žádosti v termínu

.....
od

.....
do

.....
Třída a druhy vozíků

.....
typového označení výrobce:

.....
pod dozorem instruktora jméno a číslo:

.....
Datum

.....
V

.....
Podpis žadatele

