

PŘIHLÁŠKA K ODBORNÉ ZKOUŠCE

KŘOVINOŘEZŮ

Podle vládního nařízení č. 28/2002 Sb.

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Bydliště _____ PSČ _____

Zaměstnavatel _____

Souhlasím, aby mé osobní údaje byly uloženy ve vzdělávacím středisku.

Podpis uchazeče _____

Vyjádření lékaře:

➤ *K obsluze křovinořezů*

Schopen — Neschopen

Datum _____ Razítko a podpis lékaře _____

Potvrzení zaměstnavatele:

Potvrzujeme, že uchazeč úspěšně absolvoval 5 hodin praktického výcviku pod dozorem školitele, držitele průkazu k obsluze křovinořezů.

Datum _____

Razítko a podpis zástupce organizace(soukr. osoby) _____