

PŘIHLÁŠKA K ODBORNÉ ZKOUŠCE LEŠENÁŘŮ

Podle Nařízení vlády č. 362/2005 Sb.

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Bydliště _____ PSČ _____

Zaměstnavatel _____

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

Podpis uchazeče _____

Vyjádření lékaře:

➤ *K práci lešenáře*

Schopen — Neschopen

Datum _____ Razítko a podpis lékaře _____

Potvrzení zaměstnavatele:

Potvrzujeme, že uchazeč úspěšně absolvoval praktický výcvik pod dozorem školitele, držitele průkazu lešenáře na těchto typech lešení:

➤ _____	70 hodin
➤ _____	70 hodin
➤ _____	70 hodin
➤ _____	70 hodin

Datum _____

Razítko a podpis zástupce organizace(soukr. osoby) _____