

PŘIHLÁŠKA K ODBORNÉ ZKOUŠCE

PRÁCE VE VÝŠKÁCH A NAD VOLNOU HLOUBKOU

Podle Nařízení vlády č. 362/2005 Sb.

Jméno a příjmení _____

Datum narození _____

Bydliště _____ PSČ _____

Telefonní číslo _____ Email _____

Zaměstnavatel _____

Vyjádření lékaře:

➤ *K práci ve výškách a nad volnou hloubkou*

Schopen — Neschopen

Datum _____ Razítko a podpis lékaře _____

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

Datum _____ Podpis uchazeče _____