

# ŽIADOSŤ

(k tejto žiadosti do základného kurzu je potrebné priložiť 1 kus fotografie o rozmere 3,5 x 3 cm)

A./ Žiadam o prijatie do výcviku a ku skúške k získaniu preukazu obsluhy motorových vozíkov

triedy: .....

druh: .....

B./ Žiadam o rozšírenie preukazu obsluhy motorových vozíkov na

triedy: .....

druh: .....

PRIEZVISKO: .....

MENO: .....

DÁTUM NARODENIA: .....

MIESTO NARODENIA: .....

RODNÉ ČÍSLO: .....

TRVALÝ POBYT: .....

VODIČ. PREUKAZ ČÍSLO: .....

SKUPINA: .....

VODIČ. PREUKAZ VYDAL: .....

DŇA: .....

PREUKAZ VODIČA MV ČÍSLO: .....

TRIEDA: ..... DRUH: .....

**Prehlásenie:** prehlasujem, že nie som nespôsobilý k riadeniu motorových vozidiel a že netrpím žiadnou utajenou telesnou alebo duševnou vadou, ktorá by ma činila neschopným riadenia motorových vozidiel.

V zmysle zákona NR SR č. 428/2002 Z.z. o ochrane údajov § 7 dávam súhlas školiacej organizácii, aby moje osobné údaje boli použité pre evidenciu a vydanie preukazu vodiča motorového vozíka a poskytnuté môjmu zamestnávateľovi.

V..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa

**ZAMESTNÁVATEĽ:** .....

IČO: .....

IČ DPH: .....

V..... dňa .....

.....  
podpis a pečiatka zamestnávateľa

## SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

(lekárske vyšetrenie nie je potrebné pre žiadateľa o rozšírenie podľa bodu B, pokiaľ má platné lekárske vyšetrenie ako obsluha motorových vozíkov)

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný **schopným - neschopným** na obsluhu motorových vozíkov.

**Poznámka:** termíny lekárskeho prehliadok obsluhy motorových vozíkov posúdi pracovná zdravotná služba v zmysle zákona 355/2007 Z.z., inak 1x za 3 roky pri práci zaradenej do 1 a 2 kategórie v zmysle zákona 355/2007 Z.z.. Ak je zamestnanec schopný riadenia motorového vozíka len s použitím okuliarov, je to potrebné vyznačiť. Ak podľa výsledku prehliadky je možné očakávať, že sa schopnosť zamestnanca k vedeniu motorového vozíka zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné lekárske vyšetrenie najneskôr do:

.....

V..... dňa .....

.....  
podpis a pečiatka lekára