

Činnosť

Rozsah / pohon

---

Meno

Priezvisko

Dátum narodenia

Telefón

Trvalý pobyt

E-mail

Pôvodný preukaz - doklad číslo/skupina

vydaný dňa

---

Svojim podpisom potvrdzujem, že som nemal odobratý preukaz / doklad Inšpektorátom práce v období uplynulých 12 mesiacov. Podpísaním tejto žiadosti prehlasujem, že bola voči mojej osobe splnená informačná povinnosť podľa čl. 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES a § 19 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov. Informačná povinnosť bola splnená prezentáciou, ktorá je súčasťou školenia.

Dátum

Podpis

---

Zamestnávateľ

Dátum

Podpis

---

Príloha - Lekársky posudok zdravotnej spôsobilosti na prácu podľa požadovanej činnosti.