

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K VÝCVIKU A ZKOUŠCE

k získání průkazu*

k rozšíření průkazu* (*nehodící se škrtněte)

zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků na třídu a druh:

Třída vozíku	Druh vozíku
I. ELEKTROVOZÍKY	A Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné ručně vedené
II. MOTOVOZÍKY	B Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s pákovým řízením
	C Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s volantovým řízením
	D Vysokozdvížné ručně vedené
	E Vysokozdvížné s pákovým řízením
	W1 Vysokozdvížné s volantovým řízením do 5 t nosnosti
	W2 Vysokozdvížné s volantovým řízením nad 5 t nosnosti
	G Vysokozdvížné řízené ze zdvihací plošiny
	Z Vozíky nezařaditelné dle A až G.

Silně orámovanou část vyplní žadatel

Jméno a příjmení mail : mobil :

Datum narození

Jsem držitelem řídičského oprávnění motorových vozidel číslo a série skupina / podskupina

Jsem držitelem průkazu obsluhy motorového manipulačního vozíku číslo třída druh ze dne

Souhlasím, aby mé výše uvedené osobní údaje byly zpracovány pro potřebu vystavení průkazu obsluhy manipulačních vozíků a pro zařazení a vedení evidence tohoto průkazu dle zásad certifikačního orgánu ČSMM-L Praha a při respektování ochrany osobních údajů, které stanoví obecné Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 (GDPR) a zákon č. 110/2019 Sb. na dobu neurčitou.

Čestně prohlašuji, že nejsem nezpůsobilým k právním úkonům, že mi nebyl uložen zákaz činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel, případně, že pominula doba stanovená pro pozbytí řídičského oprávnění, že netrpím tělesnou nebo duševní vadou, která by mě činila nezpůsobilým k řízení motorových vozidel a že všechny údaje jsou pravdivé.

V dne Podpis žadatele:

Potvrzení o zdravotní způsobilosti (vyplní lékař žadatele případně zaměstnavatel)

Potvrzuji, že žadatel je na základě lékařského vyšetření tělesně a duševně schopný samostatně obsluhovat motorové manipulační vozíky.

V

Datum lékařského vyšetření

Razítko, podpis (lékař, popřípadě zaměstnavatel)

Potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s předpisy pro obsluhu manipulačních vozíků (ČSN 26 8805, ČSN 26 9030 a dalšími souvisejícími předpisy) v rozsahu potřebném pro obsluhu motorového vozíku. Jsem si vědom odpovědnosti za prokázané škody a úrazy způsobené mým nesprávným jednáním.

V

Datum

Podpis žadatele

Potvrzuji, že jsem byl řádně prakticky zaučen k obsluze manipulačních vozíků uvedených v žádosti v termínu

od

do

Třída a druhy vozíků

typového označení výrobce:

pod dozorem instruktora jméno a číslo:

V

Datum

Podpis žadatele