**V a V Akademy s.r.o.**

#### Hlavná 50,

080 01 Prešov

IČO: 46106723 IČDPH: SK2023654567

OR OS Prešov, Oddiel: Sro, číslo vložky: 24393/P [www.vavakademy.sk](http://www.vavakademy.sk/) [info@vav.sk](mailto:info@vav.sk)

**PRIHLÁŠKA**

### na kurz VIAZAČ BREMIEN

1. **kurz a vykonanie skúšky na získanie preukazu o absolvovaní výchovy a vzdelávania viazačov bremien podľa vyhlášky č.356/2007 Z.z. príloha č. 4, bod 03.4 v znení neskorších predpisov**

**ÚDAJE ŽIADATEĽA :**

**Priezvisko a meno: ........................................................................................**

**Dátum nar.: .................................**

**Miesto nar.: .......................................... Trvalý pobyt:................................................................................................**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som psychicky a zdravotne spôsobilý na kurz VIAZAČA BREMIEN, a že netrpím nijakou mnou vedome zatajovanou fyzickou alebo psychickou poruchou, ktorá by ma robila nespôsobilým pre kurz VIAZAČA BREMIEN.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dávam súhlas školiacej organizácii, aby sa moje osobné údaje použili na evidenciu a vydanie dokladu o absolvovaní kurzu viazača bremien.

# V ......................................... dňa: .............................................................................

Podpis žiadateľa

**SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ**

## Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný: - schopným\*

* schopným s použitím okuliarov\*
* neschopným\*

na kurz **Viazača bremien**

Poznámka:

Ak je osoba schopná pre kurz Viazača bremien len s používaním okuliarov, je to potrebné vyznačiť.

Ak podľa výsledkov prehliadky je možné očakávať, že schopnosť osoby pre kurz Viazača bremien sa zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné opakované lekárske vyšetrenie najneskôr do:

...................................................................... .

# V ........................................... dňa: .......................... ..................................................

Odtlačok pečiatky a podpis lekára

\*) nehodiace sa preškrnite

\*\*) k tejto prihláške je potrebné priložiť 1ks fotograﬁe o rozmere 3,5 x 3 cm