

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI K OBSLUZE POJÍZDNÉ ZDVIHACÍ PRACOVNÍ PLOŠINY

Kategorie

3A, 3B

Obsluha pojízdné zdvihací pracovní plošiny:

Silně orámovanou část vyplní žadatel -

Příjmení Jméno: Datum narození. ____ / ____ / ____

Telefon: Email:@.....

Bydliště: č.p.: PSČ: Město:

Souhlasím, aby mé výše uvedené osobní údaje byly použity pro potřebu vystavení průkazu certifikátu k obsluze pojízdných zdvihacích pracovních plošin (dále jen „MEPW“), k evidence k vystavení průkazu po úspěšném absolvování teoretické části a praktickém zácviku u společností BOZP Pardubice s.r.o. za dodržení podmínek NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 (GDPR), na dobu neurčitou.

Prohlašuji, že netrpím tělesnou nebo duševní vadou, která by mě činila neschopným k obsluze pojízdné zdvihací pracovní plošiny.

V.....dne.....Podpisžadatele:

POTVRZENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI (vyplní lékař žadatele)

Potvrzuji, že žadatel je na základě lékařského vyšetření tělesně a duševně schopný samostatně obsluhovat pojízdnou zdvihací plošinou a netrpí žádnou z těchto nemocí, které by vylučovaly zdravotní způsobilost k práci zejména:

1. vertigo,
2. záchvatovité stavy a zvýšená pohotovost k jejich vzniku,
3. prognosticky závažné duševní poruchy a poruchy chování,
4. závažné nekorigovatelné poruchy zraku,
5. těžká nedoslýchavost,
6. prokázaná současná alkoholová nebo drogová závislost.

V

Datum lékařského vyšetření

Razítko, podpis lékaře