

IGMARKO, s.r.o. - Školiace stredisko IGMAR

ŽIADOSŤ

A/* Žiadam o prijatie do výcviku a ku skúške na získanie preukazu vodiča motorových vozíkov

triedy: **I**, druh : **W1**,

B/* Žiadam o rozšírenie preukazu vodiča motorových vozíkov na : triedu:..... druh:.....

Priezvisko : meno:

dátum narodenia: miesto narodenia:

trvalý pobyt:PSC

vodičský preukaz číslo: skupina:.....

vodičský preukaz vydal: dňa :

preukaz vodiča MV číslo: trieda: druh:.....

Prehlasujem, že som spôsobilý 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 osobných údajov § 7 dávam súhlas školiacej organizácii, aby moje osobné údaje boli použité pre evidenciu a vydanie preukazu vodiča motorového vozíka.

V dňa

Podpis žiadateľa

SPRÁVA O LEKÁRSKOM VYŠETRENÍ

Žiadateľ bol vyšetrený a uznaný schopným* – neschopným* na riadenie motorových vozíkov.

Poznámka: - Ak je zamestnanec schopný riadenia motorového vozíka len s používaním okuliarov, je to potrebné vyznačiť. Ak podľa výsledkov prehliadky je možné očakávať, že schopnosť zamestnanca k vedeniu motorového vozíka zhorší, je potrebné navrhnúť opätovné opakované lekárske vyšetrenie najneskôr

do :

- Termíny lekárskeho vyšetrenia vodičov motorových vozíkov : do 50 rokov 1 x za 2 roky nad 50 rokov 1 x ročne.

V dňa:

odtlačok pečiatky a podpis lekára

*) nehodiace sa škrtnite