

Prihláška, odborná prax a lekársky posudok pracovníkov v elektrotechnike

na overenie odbornej spôsobilosti podľa zákona č. 124/2006 Z. z. a vyhlášky MPSVR SR č. 508/2009 Z. z.

1. Zamestnávateľ, vyplniť len v prípade, že Vás na školenie posielala zamestnávateľ alebo ste SZČO:

NÁZOV ZAMESTNÁVATEĽA (obchodné meno a právna forma):

ADRESA SÍDLA ZAMESTNÁVATEĽA:

ADRESA PRACOVISKA ZAMESTNANCA:

PRACOVNÉ ZARADENIE ZAMESTNANCA:

IČO:

DIČ:

2. Osobné údaje zamestnanca / prihlasovaného:

MENO, PRIEZVISKO A TITUL:

DÁTUM NARODENIA:

ČOP:

TEL. Č.:

ADRESA TRVALÉHO POBYTU:

MIESTO NARODENIA:

RODNÉ ČÍSLO:

E-MAIL:

3. Požadovaný druh a rozsah odbornej spôsobilosti (vyznačte krížikom):

Druh odbornej spôsobilosti			
E21	Elektrotechnik § 21 vyhlášky č. 508/2009 Z. z.		
E22	Samostatný elektrotechnik podľa § 22 vyhlášky č. 508/2009 Z. z.		
E23	Elektrotechnik na riadenia činnosti alebo na riadenie prevádzky podľa § 23 vyhlášky č. 508/2009 Z. z.		
Rozsah odbornej spôsobilosti			
Skupiny zariadení		Triedy objektov	
E 1.0	Technické zariadenia el. bez obmedzenia napätia vrátane bleskozvodov	A	Objekty bez nebezpečenstva výbuchu
E 1.1	Technické zariadenia elektrické s napätím do kV vrátane bleskozvodov	B	Objekty s nebezpečenstvom výbuchu
E 2	Technické zariadenia elektrické s napätím do 1 000 V vrátane bleskozvodov		
E 4	Elektrické stroje, prístroje, rozvádzače	B1	Objekty s nebezpečenstvom výbuchu iba v rozsahu elektrických zariadení v regulačných staniciach plynu
E 5	Elektrické prípojky nn		

4. Potvrdenie zamestnávateľa o odbornej praxi:

ZAMESTNÁVATEĽ:

PROFESIA:

PRAX / ZAMESTNANÝ V DOBE (OD – DO):

.....
podpis a pečiatka zamestnávateľa

5. Lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti, záver posudku:

- Spôsobilý** na výkon posudzovanej práce
- Spôsobilý** na výkon posudzovanej práce **s dočasným obmedzením** (uviest' pracovné operácie, ktoré nemôže vykonávať alebo zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia, ktorým nemôže byť vystavený a časové obmedzenie):

.....
.....

- Dlhodobo nespôsobilý** na výkon posudzovanej práce

V, dňa

.....
pečiatka a podpis lekára

6. Podpis zamestnanca / prihlasovaného:

Svojim podpisom potvrdzujem pravdivosť údajov v prihláške. Zároveň potvrdzujem podpisom, že som informoval lekára o všetkých mne známych skutočnostiach o svojom zdravotnom stave a nič som nezatajil.

.....
podpis zamestnanca / prihlasovaného