

Health & Safety First, s.r.o.

Sídlo : Štefánikova 1549/18, 066 01 Humenné
Prevádzka : • HUMENNÉ • KOŠICE • BANSKÁ BYSTRICA
IČO : 52914674

PRIHLÁŠKA NA VÝCHOVU A VZDELÁVANIE

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého pobytu:

Telefonický kontakt :

Email :

➤ V zmysle § 13 odsek 1 písm. a) zákona NR SR č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov dávam súhlas vzdelávacej organizácii, aby sa moje osobné údaje použili na evidenciu a vydanie preukazu, osvedčenia a písomného dokladu. Viac informácií na www.hasfirst.sk v sekcii ochrana osobných údajov.

Práce podľa osobitných predpisov (označte vybraný kurz)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obsluha motorových vozíkov | <input type="checkbox"/> Viazáč bremien |
| <input type="checkbox"/> Obsluha vybraných stavebných strojov a zariadení | <input type="checkbox"/> Obsluha pracovných plošín samohybných |
| <input type="checkbox"/> Obsluha mostových žeriavov | <input type="checkbox"/> Obsluha ručnej motorovej reťazovej pily pri ťažbe dreva |
| <input type="checkbox"/> Obsluha portálových žeriavov | <input type="checkbox"/> Obsluha ručnej motorovej reťazovej pily pri inej činnosti |
| <input type="checkbox"/> Obsluha kontajnerových nakladačov | <input type="checkbox"/> Obsluha hydraulikkej ruky |
| <input type="checkbox"/> Obsluha stĺpových otočných žeriavov | <input type="checkbox"/> Osoba na montáž a demontáž lešenia |
| <input type="checkbox"/> Aktualizačná odborná príprava | |

Skupiny podľa výberu :

Správa o lekárskom vyšetrení

(nehodiace sa prečiarknuť)

Žiadateľ, hore
menovaný je:

Spôsobilý

Nespôsobilý

V dňa Pečiatka a podpis lekára

- Žiadateľ je povinný predložiť potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti na výchovu a vzdelávanie na ktorú žiada vydanie preukazu alebo dokladu a doklady, ktorými preukáže splnenie zákonom stanovených podmienok. Žiadateľ čestne vyhlasuje, že všetky údaje sú pravdivé a správne, za ich vyplnenie zodpovedá žiadateľ.
- Žiadateľ svojim podpisom na výchovu a vzdelávanie potvrdzuje, že nie je telesne a duševne nespôsobilý/á pre výkon činností v žiadosti uvedených, netrpí žiadnou utajenou chorobou a nie je mu známa žiadna duševná vada, ktorá by ho činila pre výkon činností neschopným.

(Vyplní sa v prípade, že ide o podnikateľský subjekt)

Objednávateľ :

IČO: IČ DPH:

V..... dňa

Podpis a pečiatka objednávateľa

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV K EVIDENCIÍ V INFORMAČNOM SYSTEME

- Osobné údaje žiadateľa sú spracúvané prevádzkovateľom v súlade s § 16 ods.5 zákona NR SR č.124/2006 Z.z., o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov na účely vydania preukazu alebo dokladu o absolvovaní výchovnej a vzdelávacej aktivity. Povinné údaje žiadateľa: meno, priezvisko, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu a doklad o zdravotnej spôsobilosti v súvislosti s vykonávanou činnosťou. Povinné údaje sú súčasťou registratúrneho záznamu prevádzkovateľa a sú uchovávané v súlade s príslušnými právnymi predpismi a po dobu stanovenú týmito právnymi predpismi. V súlade s § 14 zákona NR SR č. 18/2018 Z.z., o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadením GDPR (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov: fotografia, telefónne číslo v evidencii prevádzkovateľa o absolvovaní príslušnej výchovnej vzdelávacej aktivity. Súhlas je platný po dobu 5 rokov odo dňa jeho udelenia a dotknutá osoba ho môže kedykoľvek odvolať zaslaním oznámenia na e-mail info@hasfirst.sk alebo na poštovú adresu Health & Safety First, s.r.o., Štefániková 18, 06601 Humenné.

súhlasím nesúhlasím

.....
Dátum a Podpis žiadateľa