

Instruktor obsluh motorových manipulačních vozíků / školící středisko obsluh motorových manipulačních vozíků

ŽÁDOST O PŘIJETÍ K VÝCVIKU A ZKOUŠCE

k získání průkazu*

k rozšíření průkazu* (*nehodící se škrtněte)

zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků na třídu a druh:

Třída vozíku	Druh vozíku
I. ELEKTROVOZÍKY	A Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné ručně vedené
II. MOTOVOZÍKY	B Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s pákovým řízením
	C Plošinové, nízkozdvížné, tažné a tlačné s volantovým řízením
	D Vysokozdvížné ručně vedené
	E Vysokozdvížné s pákovým řízením
	W1 Vysokozdvížné s volantovým řízením do 5 t nosnosti
	W2 Vysokozdvížné s volantovým řízením nad 5 t nosnosti
	G Vysokozdvížné řízené ze zdvihací plošiny
	Z Vozíky nezařaditelné dle A až G.

Silně orámovanou část vyplní žadatel

Jméno a příjmení.....

Datum narození / mob / E-mail.....

Jsem držitelem řidičského oprávnění motorových vozidel číslo a série..... skupina / podskupina.....

Jsem držitelem průkazu obsluhy motorového manipulačního vozíku číslo.....třída..... druh.....ze dne.....

Souhlasím, aby mé výše uvedené osobní údaje byly použity pro potřebu vystavení průkazu obsluhy manipulačních vozíků, zařazení a vedení evidence tohoto průkazu dle zásad akreditovaného certifikačního orgánu ČSMM-L Praha a při respektování zásad stanovených Obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR) na dobu neurčitou.

Čestně prohlašuji, že nejsem nezpůsobilým k právním úkonům, že mi nebyl uložen zákaz činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel, případně, že pominula doba stanovená pro pozbytí řidičského oprávnění, že netrpím tělesnou nebo duševní vadou, která by mě činila nezpůsobilým k řízení motorových vozidel a že všechny údaje jsou pravdivé

V dne.....Podpis žadatele :.....

Potvrzení o zdravotní způsobilosti (vyplní lékař žadatele případně zaměstnavatel)

Potvrzuji, že žadatel je na základě lékařského vyšetření tělesně a duševně schopný samostatně obsluhovat motorové manipulační vozíky, zdvihací plošiny (MEWP) a samostatně pracovat jako jeřábník-vazač.

Datum lékařského vyšetření

V

Razítko, podpis (lékař, popřípadě zaměstnavatel)

Potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s předpisy pro obsluhu manipulačních vozíků (ČSN 26 8805, ČSN EN ISO 3691-1, 2, 3, 5, 6, ČSN 26 9030 a dalšími souvisejícími předpisy) v rozsahu potřebném pro obsluhu motorového vozíku, Jsem si vědom odpovědnosti za prokázané škody a úrazy způsobené mým nesprávným jednáním.

Datum

V

Podpis žadatele

Potvrzuji, že jsem byl řádně prakticky zaučen k obsluze manipulačních vozíků uvedených v žádosti v termínu

od

do

I, II, A C D W1 W2

Třída a druhy vozíků

typového označení výrobce:

pod dozorem instruktora jméno a číslo:

Datum

V

Podpis žadatele

N	Odpověď		
P-2 1	a	b	c
P-2 2	a	b	c
P-2 3	a	b	c
P-2 4	a	b	c
P-2 5	a	b	c
P-2 6	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 7	a	b	c
P-2 8	a	b	c
P-2 9	a	b	c
P-1 10	a	b	c
P-1 11	a	b	c
P-1 12	a	b	c
P-1 13	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 14	a	b	c
P-2 15	a	b	c
P-2 16	a	b	c
P-2 17	a	b	c
P-1 18	a	b	c
P-1 19	a	b	c
P-1 20	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 21	a	b	c
P-2 22	a	b	c
P-1 23	a	b	c
P-1 24	a	b	c
P-1 25	a	b	c

N - otázka číslo
P - počet bodů



Podpis:

Jméno:

Body:

Datum:

Číslo testu:

Příjmení:

N	Odpověď		
P-2 1	a	b	c
P-2 2	a	b	c
P-2 3	a	b	c
P-2 4	a	b	c
P-2 5	a	b	c
P-2 6	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 7	a	b	c
P-2 8	a	b	c
P-2 9	a	b	c
P-1 10	a	b	c
P-1 11	a	b	c
P-1 12	a	b	c
P-1 13	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 14	a	b	c
P-2 15	a	b	c
P-2 16	a	b	c
P-2 17	a	b	c
P-1 18	a	b	c
P-1 19	a	b	c
P-1 20	a	b	c

N	Odpověď		
P-2 21	a	b	c
P-2 22	a	b	c
P-1 23	a	b	c
P-1 24	a	b	c
P-1 25	a	b	c

N - otázka číslo
P - počet bodů



Podpis:

Jméno:

Body:

Datum:

Číslo testu:

Příjmení: