**TÜV AUSTRIA CZECH spol. s r.o.**

**Michelská 1552/58, Michle 141 00 Praha 4**

IČ: 26427753, DIČ: CZ26427753

Tel.: 606 648 840, e-mail: petra.sehnalkova@tuvaustria.com

**Přihláška k provedení zkoušky**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Údaje o uchazeči:** | | | |
|  | Titul, jméno, příjmení: |  | | |
|  | Adresa ( včetně PSČ ): |  | | |
|  | Datum narození : |  | Tel: |  |
|  | Místo narození: |  | E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Žádám o vykonání zkoušky z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik podle zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů a podle nařízení vlády č. 592/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.** |

Termín:

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Základní informace o uchazeči:** | |
| a) | Údaje o vzdělání (název školy, obor, rok ukončení): |
|  |  |
|  |  |
| b) | Údaje o délce odborné praxe (u zaměstnavatele/při poskytování služeb v bezpečnosti a ochraně zdraví při práci x), zařazení, od – do): |
|  |  |
|  |  |

Nedílnou součástí přihlášky jsou kopie dokladů o vzdělání a odborné praxi. Odborná praxe se potvrzuje stanoveným formulářem. Před zahájením zkoušky předkládají uchazeči originály a nebo ověřené kopie dokladů k jejich porovnání s kopiemi zaslanými současně s přihláškou k provedení zkoušky.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Údaje pro fakturaci:** | | | | |
| a) | Jméno, příjmení nebo název firmy, adresa: | |  | | |
| b) | IČ/DIČ: |  | | E-mail pro zaslání faktury: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s uvedením jména, příjmení a dalších údajů pro potřeby evidence odborně způsobilých osob jak u akreditovaného subjektu, tak pro potřeby národní databáze těchto odborně způsobilých osob vedených Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Dále souhlasím s podmínkami zkoušky z odborné způsobilosti a Zkušebním řádem*.* Jsem si vědom(a), že při neomluvení neúčasti na zkoušce nebo při zrušení účasti na zkoušce méně než 5 dnů přede dnem konání zkoušky se úhrada nákladů za zkoušku nevrací. | | | | | |
| **V** | |  | **dne** |  | **podpis uchazeče:** |  |

**Záznam o kontrole splnění zákonných předpokladů odborné způsobilosti:**

(vyplňuje TÜV AUSTRIA CZECH spol. s r.o.)

**Po doručení přihlášky**

Vzdělání: ANO/NE X) Odborná praxe: ANO/NE X) Dne: Kontroloval:

**Před zahájením zkoušky**

Vzdělání: ANO/NE X) Odborná praxe: ANO/NE X) Doklad totožnosti: ANO/NE X)

Dne: Kontroloval:

***Poznámka:*** *x) nehodící se škrtněte*