



Školící servis – Adam Lašák

Masarykova 753 (areál DEZA) | 757 01 Valašské Meziříčí | IČ: 738331185

tel.: +420 608 939 300 | e-mail: info@skoliciservis.cz | web: www.skoliciservis.cz

PŘIHLÁŠKA KE ZKOUŠCE

z odborné způsobilosti k výkonu činností v elektrotechnice (dle N.V. č. 194/2022 Sb.)

1. Údaje a informace o zkoušené osobě

Jméno a příjmení:

(včetně případných titulů)

Datum narození:

Aktuální zaměstnavatel:

(uveďte i IČO)

Pracovní pozice:

Odborná kvalifikace:

(Název oboru vzdělání, úplné profesní kvalifikace nebo profesní kvalifikace)

(kódu oboru dle platné NSK)

kód:

Potvrzená praxe:

(hodnota uvedená v letech)

E3A (Ochrana před bleskem):

E1x (Nad 1kVAC a 1,5kVADC):

E2A (Do 1kVAC a 1,5kVADC):

ExB (Zařízení Ex (BE3Nx)):

2. Požadavky na rozsah zkoušky

Při vyplňování použijte: (pro volbu ANO) a (pro volbu NE)

Stupeň odborné způsobilosti:

Stávající:

Požadovaný:

Rozsah napětí a druh EZ:

NN (do 1kVAC a 1,5kVDC) - E2x:

Bez nebezpečí výbuchu - ExA:

Ochrana před bleskem - E3x:

VN (bez omezení napětí) - E1x:

S nebezpečím výbuchu - ExB:

Specifikace EZ:

(vymezení rozsahu)

Elektrické instalace – slaboproudé (datové, MaR, kamerové systémy, EZS a EPS a další)

Elektrické instalace – silnoproudé (průmyslové, občansko-bytová výstavba)

Rozvodná, strojní a technologická zařízení (včetně zdvihacích zařízení)

Opakované zkoušky elektrických spotřebičů

Samostatné projektování EZ a LPS (mimo působnost zákona č.360/1992 Sb.)

Pro doplněk:

Pro doplněk:

nebo

3. Ostatní informace a podpisová část (ZK - zkušební komise)

Potvrzení předsedy ZK o předložených dokladech: 1. občanský průkaz (věk 18 let), zdravotní způsobilost (ne starší 3 let):

2. doklad o odborné kvalifikaci (odborné vzdělání, úplná profesní kvalifikace, profesní kvalifikace (jen pro §6) se schálením OO:

3. doklad o potvrzení délky odborné praxe:

4. Předchozí osvědčení nebo doklad o složení zkoušky z odb.způsobilosti k výkonu čin. v elektrotechnice:

nebo

Předseda ZK:

jméno a příjmení

podpis předsedy zkušební komise

Zkoušená osoba:

Organizace*1:

Osoba odpovědná:

datum a podpis zkoušené osoby

razítko a podpis osoby odpovědné