

## 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 .....mail : .....mobil : .....

Datum narození .....

Jsem držitelem řídičského 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 zpracovány pro potřebu vystavení průkazu obsluhy manipulačních vozíků a pro zařazení a vedení evidence tohoto průkazu dle zásad certifikačního orgánu ČSMM-L Praha a při respektování ochrany osobních údajů, které stanoví obecné Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 (GDPR) a zákon č. 110/2019 Sb. 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 řídičského 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.

V

Datum lékařského vyšetření

Razítko, podpis (lékař, popř. příloha vstupní prohlídky)

Potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s předpisy pro obsluhu manipulačních vozíků (ČSN 26 8805, 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.

V

Datum

Podpis žadatele

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

od

do

Třída a druhy vozíků

typového označení výrobce: .....

pod dozorem instruktora jméno a číslo: .....

V

Datum

Podpis žadatele