|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PŘIHLÁŠKA DO SVÁŘEČSKÉHO KURZU** | | | | | |
| **Předejte při prezenci ve svářečské škole. Formulář k vyplnění na počítači.** | | | | | |
| **N****ázev kurzu:** | **ČSN** | | | | |
| **Termín kurzu:** |  | | | | |
| **Příjmení** | | |  | | |
| **Jméno** | | |  | | |
| **Datum narození** | | |  | | |
| **Místo narození** | | |  | | |
| **Rodné číslo / Indentifikační číslo** | | |  | | |
| **Bydliště** | | |  | | |
| **Zaměstnavatel** | | |  | | |
| **Adresa zaměstnavatele**  (nevyplňuji zaměstnanci SUAS) | | |  | | |
| **IČ** (nevyplňuji zaměstnanci SUAS) | | |  | | |
| **Číslo svářečského průkazu** | | |  | | |
| **Jméno nadřízeného pracovníka**  **(mistra, telefon)** | | |  | | |
|  | | |  | | |
| Vámi uvedené osobní údaje budou zpracovány za účelem administrace kurzu (vedení interní evidence). V souladu s platnou legislativou budou poskytnuty třetí osobě (CWS ANB Praha) za účelem dalšího zpracování. Doba uchování těchto osobních údajů se řídí příslušnou legislativou. Další informace o zpracování osobních údajů a Vašich právech naleznete na [www.suas.cz](http://www.suas.cz) | | | | | |
| **Dne** | | | **Podpis** | | |
| **Pouze v případě, že svářeč nemá platnou lékařskou prohlídku ve svářečském průkazu.** | | | | | |
| **Potvrzení o zdravotní způsobilosti svařovat** | | | | | |
| **Jméno a příjmení** | |  | | **Datum narození** |  |
| **Schopen svařovat na základě lékařského potvrzení.** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dne** | | | **Razítko, podpis lékaře** | | |