|  |
| --- |
| **PŘIHLÁŠKA DO SVÁŘEČSKÉHO KURZU** |
| **Předejte při prezenci ve svářečské škole. Formulář k vyplnění na počítači.** |
| **N****ázev kurzu**  |  |
| **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** |  |
| 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 zaměstnance** |
| **Pro zaměstnance SUAS:** |
| **Souhlas vedoucího sekce k zařazení zaměstnance do kurzu** Dne        Vedoucí sekce       Podpis |
| **Ostatní:** |
| **Souhlas zaměstnavatele k zařazení zaměstnance do kurzu:**Dne        Jméno odpovědného pracovníka       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** |