Svářečská škola

SOU, PRAHA - RADOTÍN

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení: *Klikněte sem a zadejte text.*

Datum narození: *Zadejte datum.* Místo: *Zadejte text.*

Rodné číslo: *Klikněte sem a zadejte text.*

Bydliště: *Klikněte sem a zadejte text.* PSČ: *Zadejte.*

Zaměstnavatel: *Klikněte sem a zadejte text.*

Telefon: *Klikněte sem a zadejte text.*

**závazně se přihlašuje do kurzu:**

ZK 111 1.1 Základní kurz svařování elektrickým obloukem

ZK 311 1.1 Základní kurz svařování plamenem a řezání kyslíkem

ZK 135 1.1 Základní kurz svařování v ochranné atmosféře CO2

ZK 135 1.1 Základní kurz svařování v ochranné atmosféře CO2 doplňkový

ZK 141 8/21 Základní kurz svařování v ochranné atmosféře (nerez/hliník)

ZP 311-2 1.1 Řezání kyslíkem – zaškolení

ZP 111 1.1 Ruční stehování el. obloukem obalenou elektrodou

*kód.* *Zadejte kurz.*

Číslo svářečského průkazu (pokud již vlastníte): *Klikněte sem a zadejte text.*

Datum: *Zadejte datum.* Podpis žáka:

Podpis zákonného zástupce:

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Souhlasím s tím, aby Střední odborné učiliště, Praha – Radotín, IČ: 00638846, se sídlem Pod Klapicí 11/15, 153 80 Praha 5 - Radotín, zpracovával, uchovával a poskytoval třetí osobě: Česká svářečská společnost ANB (zkratka CWS ANB); Velflíkova 4; 160 75, Praha 6 výše uvedené osobní údaje, a to pro níže uvedené účely:

za účelem účasti na kurzech pořádaných Středním odborným učilištěm, Praha - Radotín, k vykonání zkoušky a vystavení příslušných svářečských průkazů, pro zasílání informací o pořádaných kurzech, službách a jiných aktivitách.

Tento souhlas uděluji na dobu 10 let ode dne jeho udělení.

ano

ne

Datum: Podpis:

Podpis zákonného zástupce:

Potvrzení lékaře o zdravotní způsobilosti svařovat dle zákona o ochraně veřejného zdraví č. 268/2000Sb., ČSN 050601.

Potvrzuji, že jmenovaný uchazeč o kurz svařování je způsobilý k svařování elektrickým obloukem, svařování plamenem, řezání kyslíkem a svařování v ochranné atmosféře.

Datum vystavení potvrzení: Razítko a podpis lékaře: