

Svářečská škola
SOU, PRAHA - RADOTÍN

PŘIHLÁŠKA

Jméno a příjmení:

Datum narození: Místo:

Rodné číslo:

Bydliště: PSČ:

Zaměstnavatel:

Telefon:

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 912-9 31 Tvrdé pájení mědi
-

Číslo svářečského průkazu (pokud již vlastníte):

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: