



Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v.v.i.,
Jeruzalémská 9, 116 52 Praha 1

PŘIHLÁŠKA KE ZKOUŠCE

z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci dle § 9 zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Příjmení, jméno, titul žadatele	
Datum a místo narození	
Adresa trvalého pobytu:	
Tel.:	E-mail:
Adresa pro doručení, je-li odlišná od místa trvalého pobytu:	
Živnostenský list (OSVČ) (prosím zakroužkujte):	ANO NE
Datum vydání živnostenského osvědčení	
Název a adresa zaměstnavatele:	
Tel./fax	E-mail:
IČ:	DIČ:
Předpoklady odborné způsobilosti dle § 10 odst. 1 písm. a) a b) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů:	
Nejvyšší ukončené vzdělání: Doklady vzdělání (maturitní vysvědčení, vysokoškolský diplom) – doložit u prezence před zkouškou originál nebo ověřenou kopii dokladu	
Doklad o délce odborné praxe:	

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a s uvedením svého jména v databázi odborně způsobilých osob u držitele akreditace u Ministerstva práce a sociálních věcí.

V..... dne

Podpis žadatele..... Podpis a razítko zaměstnavatele.....

Příhlášku k provedení zkoušky zašlete na adresu VÚBP, v.v.i., který sídlí na adrese Jeruzalémská 9, 116 52 Praha 1. K přihlášce k provedení zkoušky přiložte kopii o nejvyšším ukončeném vzdělání a doklad o délce odborné praxe, bez těchto dokladů nemůžete se zkoušky zúčastnit.



Č. přihlášky:.....

ČÁST B – ÚDAJE O REGISTRACI (nevypĺňujte – vyplní VÚBP, v.v.i., před registrací žadatele)			
Došlo dne:			
Záznam o přezkoumání splnění předpokladů odborné způsobilosti: (dle § 10 odst. 1 písm. a) a b) zákona č. 309/2006 Sb. , ve znění pozdějších předpisů)			
Splnění požadavků na vzdělání:		Splnění požadavků na odbornou praxi:	
<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Před registrací kontroloval:			
Jméno:		Datum:	
REGISTROVAT:	<input type="checkbox"/> ANO	Evidenční číslo uchazeče:	
	<input type="checkbox"/> NE		

ČÁST C – OVĚŘENÍ ÚDAJŮ O REGISTRACI (nevypĺňujte – vyplní VÚBP, v.v.i., před zahájením zkoušky)	
Datum zkoušky:	
Před zahájením zkoušky ověřili:	
Jméno:	Podpis: