



VÝCVIK / ŠKOLENÍ / REVIZE / VZDĚLÁVÁNÍ / PORADENSTVÍ

ALL.CZ s.r.o. • IČ:28870085 • Mírové náměstí 101/25 • 400 01 ÚSTÍ NAD LABEM

www.all.cz • e.mail:info@all.cz • tel.:+420 607 017 017

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ K VÝCVIKU A ZKOUŠCE

k získání průkazu zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků

k rozšíření průkazu zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků

### I. Elektrovozíky

- A Ručně vedené, plošinové nízkozdvížené a tahače
- B Plošinové, nízkozdvížené a tahače s pákovým řízením
- C Plošinové, nízkozdvížené a tahače s volantovým řízením
- D Vysokozdvížené ručně vedené
- E Vysokozdvížené s pákovým řízením
- W1 Vysokozdvížené s volantovým řízením - nosnost do 5t
- W2 Vysokozdvížené s volantovým řízením - nosnost nad 5t
- G Vysokozdvížené řízené ze zdvihací plošiny

### II. Motovozíky

### III. Zvláštní vozíky

- Z Vozíky nezařaditelné dle I. a II.

Jméno a příjmení .....

datum narození .....

kontakt (tel, email) .....

Jsem držitelem řidičského oprávnění motorových vozidel číslo a série ..... skupina/ podskupina. ....

Jsem držitelem průkazu obsluhy motorového manipulačního vozíku číslo ..... třída .....druh.....

Souhlasím, aby mé výše uvedené osobní údaje byly použity pro potřebu vystavení průkazu obsluhy manipulačních vozíků a pro zařazení a vedení evidence tohoto průkazu dle zásad certifikačního orgánu ČSMM-L Praha a za dodržení podmínek Zákona č. 101/2000 Sb., na dobu neurčitou.

Prohlašuji, že mi nebyl uložen zákaz činnosti spočívající v zákazu řízení motorových vozidel a že netrpím tělesnou nebo duševní vadou, která by mě činila neschopným k řízení motorových vozidel

V.....dne.....podpis žadatele.....

### Výsledek lékařského vyšetření

(vyplní lékař žadatele)

Potvrzuji, že žadatel byl podroben lékařskému vyšetření k obsluze motorových manipulačních vozíků a je tělesně a duševně schopný samostatně obsluhovat motorové manipulační vozíky

V.....dne ..... Podpis a razítko lékaře.....

Potvrzuji, že jsem byl řádně seznámen s předpisy pro obsluhu manipulačních vozíků (OS MV-P09, ČSN 26 8805, ČSN 3691+Amd 1, ČSN 26 9030 a dalšími souvisejícími předpisy) v rozsahu potřebném pro obsluhu motorového vozíku. Jsem si vědomi odpovědnosti za prokázané škody a úrazy způsobené mým nesprávným jednáním.

V..... dne ..... Podpis žadatele .....

Potvrzuji, že jsem byl řádně prakticky zaučen k obsluze manipulačních vozíků uvedených v žádosti termínu

od..... do..... vozíky třídy a druhu.....

typového označení výrobce..... pod dozorem instruktora jméno a číslo.....

V.....dne.....podpis žadatele.....