

Přihláška do svářečského kurzu

Žádám o zařazení do kurzu
pro metodu svařování:

Titul	Jméno	Příjmení		
Státní přísl.	Rodné číslo	Místo narození*	Číslo OP nebo Povolení k pobytu	
Adresa	Obec	Ulice	Číslo popisné	PSČ
Kontakt	Telefon	E-mail		

* pro cizí státní příslušníky doplnit stát

Číslo svářečského průkazu	ID (identifikační číslo svářeče)
Absolvované kurzy svařování	

Název a adresa zaměstnavatele	
Jméno (tiskacím písmem) a podpis zodpovědného pracovníka	Kontakt

Vyjádření lékaře o schopnosti žadatele svařovat (prosím označte křížkem)

Schopen **Neschopen** **Schopen s těmito omezeními**

Datum

Razítko a podpis lékaře

Souhlasím s tím, že mnou poskytnuté osobní údaje jsou použity a zpracovány pro potřeby svářečské školy SOŠ Jarov; 190 00 Praha 9, Učňovská 100/1 v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), v platném znění a související národní legislativou.

Datum

Podpis žadatele
