**Vydávajúca organizácia:**

Názov a adresa:………………………………………..………………………………………

…………………………………………………………IČO:…………………………………

Zapísaná: ………………………………………………………………………………………..

**Potvrdenie o praxi**

Pre: ………………………………………..……………Dátum narodenia: ………………....

( Meno a priezvisko)

Trvalý pobyt:...............................................................................................................................

––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––-

Hore menovaný pracovník vykonal predpísaný výcvik na: .........................................................

......................................................................................................................................................, v dobe od .....................do.................... pri týždennej pracovnej dobe................., pod dozorom: .......................................................................................................................................................

V................................................................... dňa: ................................................................

...................................................................... ........................................................................

podpísal (meno, funkcia) podpis štatutárneho zástupcu organizácie

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti**

Pre: ………………………………………..……………Dátum narodenia: ………………....

( Meno a priezvisko)

Trvalý pobyt:...............................................................................................................................

Menovaný je zdravotne spôsobilý pracovať ako obsluha vyhradeného technického zariadenia:

.......................................................................................................................................................

V................................................................... dňa: ................................................................

.......................................................................

odtlačok pečiatky a podpis lekára