#

# **PŘIHLÁŠKA K PERIODICKÉ ZKOUŠCE**

**Z ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI K ZAJIŠŤOVÁNÍ ÚKOLŮ V PREVENCI RIZIK V OBLASTI BOZP**

**podle ust. § 10 odst. 1 písm. c) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů**

**NÁVOD K VYPLNĚNÍ ZÁVAZNÉ PŘÍHLÁŠKY**

**ČÁST A** – údaje o přijetí (vyplní držitel akreditace)

**ČÁST B** – údaje o uchazeči (vyplní **žadatel)**

1. V této části jsou vyplňovány základní údaje o žadateli, v případě právního subjektu jsou to náležitosti právnické osoby, která usiluje o získání akreditovaného osvědčení o odborné způsobilosti pro svého zaměstnance. Dále je třeba v této části uvést jméno a příjmení statutárního zástupce zaměstnavatele, který má právo jednat jménem žadatele.
2. Pro ověření údajů uvedených v přihlášce je nutné doložit kopie dokladů o získaném vzdělání (diplom nebo maturitní vysvědčení) a praxi dle § 10 odst. 1 písm. a) a písm. b) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
3. Informace a údaje, které nelze uvést v přihlášce, uveďte na volný list jako přílohu přihlášky k provedení periodické zkoušky.
4. Žadatel bere na vědomí, že jeho přihláška bude zaregistrována za podmínky správně vyplněné přihlášky k provedení periodické zkoušky doložené potřebnými doklady a ke splnění předepsaných kritérií.
5. Pokud žadatel nesprávně vyplnil přihlášku k periodické zkoušce nebo nepřiložil k ní požadované kopie dokladů, administrátor projektu mu přihlášku vrátí k doplnění, neboť nemůže být přihláška zaregistrována a přiděleno evidenční číslo. Jestliže žadatel o zkoušku přihlášku k periodické zkoušce na výzvu držitele akreditace nedoplní nebo nezašle doklady o vzdělání anebo odborné praxi, nemůže být k periodické zkoušce zaregistrován.
6. Uchazeč zašle řádně vyplněnou přihlášku na uvedenou adresu tak, aby byla doručena nejpozději 21 dnů před termínem periodické zkoušky.
7. V termínu stanoveném zkušebním řádem, a to nejpozději do 15 dní do stanoveného termínu periodické zkoušky, musí uchazeč zaslat vypracovanou písemnou práci k posouzení držiteli akreditace. Pro její doporučení k obhajobě.
8. Uchazeč obdrží obratem pozvánku k účasti na periodické zkoušce, jejíž součástí bude doklad na úhradu nákladů za provedení periodické zkoušky, který je účastník povinen uhradit tak, aby jej držitel akreditace obdržel nejpozději 5 dní před konáním periodické zkoušky.

**PODMÍNKOU K POZVÁNÍ K PERIODICKÉ ZKOUŠCE JE DOLOŽENÍ VZDĚLÁNÍ A ODBORNÉ PRAXE!**

****

**Uchazeč musí elektronicky zaslat písemnou práci, nejpozději 15 kalendářních dní před konáním periodické zkoušky, držiteli akreditace. Nebude-li písemná práce s vyhodnocením odevzdána ve stanoveném termínu včas, nebude se uchazeč moci periodické zkoušky zúčastnit!!**

**PŘIHLÁŠKA K PERIODICKÉ ZKOUŠCE**

**z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP,**

**podle ust. § 10 odst. 1 písm. c) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů**

 **Část A (vyplní držitel akreditace)**

|  |
| --- |
| ZÁZNAM O PŘIJETÍ: |
| Doručeno dne:  |  | Datum zkoušky: |  |
| Splnění zákonných předpokladů odborné způsobilosti:  | ANO | NE |
| Kontroloval:  |  | Datum kontroly: |  |

**Část B (vyplní uchazeč)**

|  |
| --- |
| ÚDAJE O UCHAZEČI: |
| Jméno a příjmení, titul: |  |
| Datum narození:  |  | Místo narození: |  |
| Adresa trvalé bydliště: |  |
| PSČ: |  | Kraj: |  |
| Telefon: |  | Email: |  |
| IČO: |  | DIČ: |  |
| Doklad o úhradě: | Vystavit na mou osobu | Vystavit na zaměstnavatele |

|  |
| --- |
| ÚDAJE O ZAMĚSTNAVATELI: |
| Název subjektu: |  |
| Adresa: |  |
| Telefon: |  | Email: |  |
| IČO: |  | DIČ: |  |

|  |
| --- |
| ÚDAJE K PERIODICKÉ ZKOUŠCE: |
| Požadovaný termín zkoušky: |  |
| Nevyšší ukončené vzdělání: |  | Počet let odborné praxe: |  |

|  |
| --- |
| POTVRZENÍ SPRÁVNOSTI ÚDAJŮ ŽADATELEM O PERIODICKOU ZKOUŠKU: |
| Dne:  |  | Podpis: |  |

**PŘIHLÁŠKA K PERIODICKÉ ZKOUŠCE**

**z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP,**

**podle ust. § 10 odst. 1 písm. c) zákona č. 309/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů**

 **PROHLÁŠENÍ UCHAZEČE**

1. Závazně se přihlašuji k periodické zkoušce z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP.
2. Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s postupy a podmínkami způsobu provádění periodické zkoušky uvedenými ve Zkušebním řádu držitele akreditace.
3. Beru na vědomí, že
* společnost Arrano Group s.r.o. zpracovává mé osobní údaje (výše uvedené v této přihlášce a údaje uvedené v Potvrzení o splnění požadavku na odbornou praxi získané od zaměstnavatele) za účelem plnění svých zákonných povinností osoby akreditované k provádění zkoušek a periodických zkoušek z odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP a za účelem řádného průběhu periodické zkoušky, a to po dobu 10 let,
* v případě vykonání periodické zkoušky budou mé osobní údaje v rozsahu titul, jméno, příjmení, datum a místo narození předány Ministerstvu práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) do celostátní evidence odborně způsobilých osob k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP,
* v případě splnění zákonných podmínek mám právo na přístup k osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz, popřípadě omezení zpracování, právo na přenositelnost osobních údajů a právo vznést námitku proti zpracování stejně jako právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů.
1. Jsem si vědom(a) nevratnosti úhrady nákladů za periodickou zkoušku, při neúčasti na nahlášené periodické zkoušce a při zrušení mé účasti na ní, méně než 5 dní před termínem konání periodické zkoušky včetně nedoložení povinných kvalifikačních dokladů a dokumentů.
2. Po dobu platnosti 5 let osvědčení o získání odborné způsobilosti k zajišťování úkolů v prevenci rizik v oblasti BOZP se zavazuji dodržovat příslušné závazky a současně se zavazuji neprodleně hlásit případné změny, které u mé osoby nastaly, držiteli akreditace a MPSV.

Uchazeč(ka) prohlašuje, že veškeré údaje uvedené v přihlášce k provedení periodické zkoušky a jejích přílohách jsou pravdivé a odpovídají současnému stavu.

|  |
| --- |
| POTVRZENÍ ČESTNÉHO PROHLÁŠENÍ ŽADATELEM O PERIODICKOU ZKOUŠKU: |
| Dne:  |  | Podpis: |  |

|  |
| --- |
| **ODESLÁNÍ PŘIHLÁŠKY DRŽITELI AKREDITACE:** |
| ARRANO_GROUP_ (2) | **Arrano Group s.r.o.** |
| Střední novosadská 7/10, 779 00 Olomouc |
| Ing. Soňa Vachalová, administrátor zkoušek |
| vzdelavani@arranogroup.cz |