

WYPEŁNIA UDT
Wniosek znak:

WNIOSEK O SPRAWDZENIE KWALIFIKACJI

IP Obsługa podestów ruchomych montowanych na pojeździe

(określić rodzaj i zakres kwalifikacji)

1 Imię i nazwisko (litery drukowane)

2 Data i miejsce urodzenia

3 Nr P E S E L

4 Adres stałego zamieszkania

5 Wykształcenie

6 Przebieg praktyki zawodowej: *jeden miesiąc pod nadzorem osoby uprawnionej*

7 Miejsce pracy i adres pracodawcy

8 Zawód wykonywany

9 Posiadane zaświadczenie kwalifikacyjne:

a) obsługi.....

b) konserwacji.....

c) inne.....

10. Wskazanie zakładu, w którym będzie możliwe przeprowadzenie egzaminu

....., *Warszawa, ul. Ordona 2A*

Potwierdzam podane wyżej dane i załączam dowód opłaty za sprawdzenie kwalifikacji.

Auditor Systemu
Zarządzania Bezpieczeństwem Pracy
Nr 14/ABP-88/2004

Dariusz Gałkowski

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Dozoru Technicznego, z siedzibą w Warszawie przy ul. Szczęśliwickiej 34, dla celów przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 18 lipca 2001 r. w sprawie trybu sprawdzania kwalifikacji wymaganych przy obsłudze i konserwacji urządzeń technicznych (Dz. U. nr 79, poz. 849).

Warszawa, dnia.....r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(podpis)