

# PhDr. František Sába, MPA

Čs.armády 188, 766 01 Valašské Klobouky

Tel.: 577 320 092, mobil: 603 236 413, fax: 577 321 442, e-mail: [frantisek.saba@atlas.cz](mailto:frantisek.saba@atlas.cz)  
[www.autoskolasaba.eu](http://www.autoskolasaba.eu) IČ: 15208478, DIČ: CZ5506091426

Instruktor obsluh motorových manipulačních vozíků / školicí středisko obsluh motorových vozíků

## ŽÁDOST O PŘIJETÍ K VÝCVIKU A ZKOUŠCE

k získání průkazu zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků třídy a druhu

k rozšíření průkazu zvláštní odborné způsobilosti obsluhy motorových manipulačních vozíků na třídu a druh

### 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.

Tel.mobil:

Jméno a příjmení .....  
Datum narození ..... Bydliště : ..... č.p..... Psč.....  
Jsem držitelem řidičského oprávnění motorových vozidel číslo a série ..... skupina/podskupina .....  
Jsem držitelem průkazu obsluhy motorového manipulačního vozíku číslo ..... třída ..... druh ..... ze dne .....

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 .....

### Silně orámovanou část vyplní žadatel

#### 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 žadatele .....

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 vědom 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 v termínu od ..... do ..... vozíky třídy a druhu .....

Typového označení výrobce: ..... pod dozorem instruktora jméno a číslo: .....

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