



**CERTIFIKAČNÍ ORGÁN ACM DTO CZ
PRO CERTIFIKACI OSOB
DTO CZ, s.r.o.**

Mariánské nám. 480/5, 709 28 Ostrava - Mariánské Hory
tel.: +420 595 620 164, fax : +420 596 625 749
http://www.dtocz.cz, e-mail: acm@dtocz.cz
Asociace technických diagnostiků České republiky, z.s.
http://www.atdcr.cz, e-mail: info@atdcr.cz



**ŽÁDOST
O CERTIFIKACI OSOB PRO FUNKCI TECHNIK DIAGNOSTIK**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa bydliště:

Zaměstnavatel:

DIČ: Telefon do zaměstnání:

E-mail:

Žádám o certifikaci na funkci Technik diagnostik elektrických zařízení, termografie a tribodiagnostik v kvalifikační kategorii I, II, III, certifikaci na funkci Specialista vibrační diagnostiky a Technik diagnostik montážních a optických měření v kvalifikační kategoriích II, III, IV:

..... Kategorie:

Beru na vědomí, že v průběhu procesu certifikace budu podroben hodnocení odborné způsobilosti. Souhlasím po získání certifikátu s průběžným dozorem výkonu své funkce a současně se zavazuji aktualizovat své znalosti formou účasti na seminářích, případně samostatným studiem. Před skončením platnosti certifikátu požádám o recertifikaci, pokud budu v činnosti dále pokračovat.

Souhlasím, aby má data jako jméno, datum narození, adresa, byly uloženy v evidenci ACM DTO CZ a aby mé jméno s adresou a údaji o certifikaci byly zveřejněny v odborném časopise a na webových stránkách ACM DTO CZ a ATD ČR, z.s..

Člen Asociace technických diagnostiků ČR, z.s. Ano /¹ Ne /¹ od roku:

Souhlasím, že ACM DTO CZ a ATD ČR, z.s. nenesou záruky za škody, které z mé činnosti jako certifikované osoby mohou vzniknout.

.....

datum

.....

podpis

Zaměstnavatel /¹

Souhlasím / nesouhlasím /¹ s prováděním kontrolní činnosti pracovníky certifikačního orgánu u certifikované osoby na jeho pracovišti po proškolení o bezpečnosti na pracovišti bezpečnostním orgánem podniku.

.....

datum

.....

razítko a podpis přímého nadřízeného