



**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](mailto:acm@dtocz.cz)  
Asociace technických diagnostiků České republiky, z.s.  
<http://www.atdcr.cz>, e-mail: [info@atdcr.cz](mailto:info@atdcr.cz)



**DOTAZNÍK  
PRO UHAZEČE O CERTIFIKACI OSOB PRO FUNKCI TECHNIK DIAGNOSTIK**

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, TITUL: .....

DATUM NAROZENÍ: .....

MÍSTO NAROZENÍ: .....

STÁTNÍ PŘÍSLUŠNOST: .....

ADRESA BYDLIŠTĚ: .....

TELEFON DOMŮ: .....

ZAMĚSTNAVATEL: .....

ADRESA ZAMĚSTNAVATELE: .....

IČO, DIČ ZAMĚSTNAVATELE: .....

TEL., FAX DO ZAMĚSTNÁNÍ: .....

E-MAIL DO ZAMĚSTNÁNÍ: .....

E-MAIL DOMŮ: .....

**OBECNÉ VZDĚLÁNÍ**

(Uvedte typy středoškolského a vysokoškolského vzdělání, aspirantského a doktorského studia, získání vědecko-pedagogických hodností, postgraduálního studia, pedagogického vzdělání.)

NÁZEV ŠKOLY, OBOR, MÍSTO	OD - DO	VÝSTUP
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**SPECIÁLNÍ VZDĚLÁNÍ V OBLASTI TECHNICKÉ DIAGNOSTIKY**

(Uvedte absolvované kurzy, školení, postgraduální studium, certifikační zkoušky - **doložte fotokopie osvědčení.**)

NÁZEV ŠKOLY, OBOR, MÍSTO	VÝSTUP	OD - DO	ROZSAH HODIN
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**OSTATNÍ VZDĚLÁNÍ**

(Uveďte údaje o dalších absolvovaných kurzech, školeních, stážích z předmětu své specializace nebo oborů, majících vliv na certifikaci osob, jazykovém vzdělávání aj., které nejsou uvedeny v předchozích rubrikách.)

<b>NÁZEV, MÍSTO</b>	<b>VÝSTUP</b>	<b>OD - DO</b>	<b>ROZSAH HODIN</b>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**PRŮBĚH ZAMĚSTNÁNÍ, PRAXE**

(Potvrzené nadřízenými technickými pracovníky nebo držitelem certifikátu vyšší kategorie než požaduje žadatel o certifikaci.)

<b>NÁZEV ORGANIZACE, MÍSTO</b>	<b>OD - DO</b>	<b>FUNKCE, ODBORNÁ ČINNOST</b>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**PEDAGOGICKÁ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST**

(Uveďte kde, v jakém typu aktivity, téma - předmět, kdy.)

<b>MÍSTO</b>	<b>TYP AKTIVITY</b>	<b>TÉMA - PŘEDMĚT</b>	<b>DATUM</b>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**PUBLIKAČNÍ ČINNOST**

(Uveďte název publikace, název časopisu, sborníku aj., rok vydání, uveďte i práci na ČSN nebo jiných technických normách.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DALŠÍ ÚDAJE**

(Uvedte všechny další údaje, které pokládáte za důležité a nebyly obsahem předchozích údajů, popř. rozšíření předchozích údajů, které se již nevešly do předtisku, dále uveďte svou aktivní účast na auditech - kdy, kde, kým proveden.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**TRVALE ZMĚNĚNÁ PRACOVNÍ SCHOPNOST**

(Stručná charakteristika)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### PROHLÁŠENÍ O ÚDAJÍCH

Prohlašuji, že jsem uvedl všechny údaje podle skutečnosti, nezamlčel jsem nic, co by mohlo mít negativní vliv na certifikační proces. Dále prohlašuji, že všechny uvedené údaje mohu konkrétně doložit dokumenty, a to na vyžádání hodnotící komise při certifikační zkoušce.

Souhlasím rovněž s plněním požadavků certifikace, jakož i s poskytnutím všech informací nutných k objektivnímu hodnocení v průběhu procesu certifikace.

Svým podpisem stvrzuji souhlas s uveřejněním informací o pozitivních výsledcích zkoušky na webových stránkách, v publikacích ACM DTO CZ, VŠB - TU Ostrava a ATD ČR, z.s..

.....  
místo datum podpis žadatele

Certifikační orgán zastoupený vedoucím ACM DTO CZ si vyhrazuje právo prověřit platnost údajů uvedených v této žádosti.

**Prosíme Vás o vyplnění a zaslání celého dotazníku na adresu ACM DTO CZ.**

Splnění kvalifikačních kritérií a úplnost údajů zkontroloval ze strany ACM DTO CZ dle požadavků SM 02 a daného Požadavkového listu.

.....  
místo datum podpis předsedy certifikační komise