



**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 RECERTIFIKACI OSOB PRO FUNKCI TECHNIK DIAGNOSTIK**

Oblast technické diagnostiky

Kategorie

<input type="checkbox"/> ... SPECIALISTA VIBRAČNÍ DIAGNOSTIKY	II ... <input type="checkbox"/>	III ... <input type="checkbox"/>	IV ... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... TECHNIK DIAGNOSTIK ELEKTRICKÝCH ZAŘÍZENÍ	I ... <input type="checkbox"/>	II ... <input type="checkbox"/>	III ... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... TECHNIK DIAGNOSTIK MONTÁŽNÍCH A OPTICKÝCH MĚŘENÍ	II ... <input type="checkbox"/>	III ... <input type="checkbox"/>	IV ... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... TECHNIK DIAGNOSTIK TERMOGRAFIE	I ... <input type="checkbox"/>	II ... <input type="checkbox"/>	III ... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ... TECHNIK DIAGNOSTIK TRIBODIAGNOSTIK	I ... <input type="checkbox"/>	II ... <input type="checkbox"/>	III ... <input type="checkbox"/>

Označte, prosím, křížkem Vámi vybranou funkci a kategorií k recertifikaci.

Po vyplnění zašlete žádost zpět na výše uvedenou adresu.

**Žádám o prodloužení platnosti certifikátu na shora uvedenou funkci a zvýšení kategorie.**

Jméno, příjmení, titul: .....

.....

místo

.....

datum

.....

podpis