



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

Mariánské nám. 480/5, 709 00 Ostrava - Mariánské Hory  
tel: 595 620 154  
<http://www.dtocz.cz>, e-mail: [acm@dtocz.cz](mailto:acm@dtocz.cz)  
Asociace technických diagnostiků ČR, z.s.  
<http://www.atdcr.cz>, e-mail: [info@atdcr.cz](mailto:info@atdcr.cz)



**DOTAZNÍK  
PRO UCHAZEČE O CERTIFIKACI OSOB - TECHNICKÁ DIAGNOSTIKA**

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, postgraduálního studia, certifikační zkoušky - doložte fotokopie osvědčení).

NÁZEV, ORGANIZÁTOR

VÝSTUP

OD - DO

ROZSAH HODIN

**OSTATNÍ VZDĚLÁNÍ**

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

NÁZEV, MÍSTO	VÝSTUP	OD - DO	ROZSAH HODIN
--------------	--------	---------	--------------

**PRŮBĚH ZAMĚSTNÁNÍ, PRAXE**

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

NÁZEV ORGANIZACE, MÍSTO ČINNOST	OD - DO	FUNKCE,	ODBORNÁ
------------------------------------	---------	---------	---------

### **PEDAGOGICKÁ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST**

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

### **PUBLIKAČNÍ ČINNOST**

(Uvedte 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).

**TRVALÉ 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, publikací ACM DTO CZ, VŠB TU Ostrava a ATD ČR.

V ..... dne .....  
.....  
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.

V ..... dne .....  
.....  
.podpis předsedy certifikační komise