



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

Mariánské nám. 480/5, 709 28 Ostrava - Mariánské Hory
tel.: +420 595 620 154, 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



**Ž Á D O S T
O CERTIFIKACI OSOB PRO FUNKCI TECHNIKA DIAGNOSTIKA**

Jméno, příjmení, titul:

Adresa bydliště:

Zaměstnavatel:

DIČ: Telefon do zaměstnání:

E-mail:

Žádám o certifikaci na funkci Technika diagnostika tribodiagnostika, termografie a diagnostika elektrických zařízení v kvalifikační kategorii I, II, III, pro Specialistu vibrační diagnostiky a Technika diagnostika montážních a optických měření v 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 svoje znalosti formou účasti na seminářích, případně samostatným studiem. Před skončením platnosti certifikátu požádám o recertifikaci, pokud budu v činnosti dále pokračovat.

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

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 s prováděním kontrolní činnosti pracovníky CO u certifikované osoby na jeho pracovišti po proškolení o bezpečnosti na pracovišti bezpečnostním orgánem podniku.

Dne:

.....
(razítko a podpis přímého nadřízeného)

Poznámka: ¹⁾ - nehodící se nevyplňuje nebo škrtně.