



**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

**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

(Uveďte 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**

(Uveďte absolvované kurzy, školení, postgraduálního studia, certifikační zkoušky - **doložte fotokopie osvědčení**).

NÁZEV, ORGANIZÁTOR**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, jazykových vzdělávání aj., které nejsou uvedeny v předchozích rubrikách).

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

PRŮBĚH ZAMĚSTNÁNÍ, PRAXE

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

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

PEDAGOGICKÁ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST

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

PUBLIKAČNÍ ČINNOST

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

DALŠÍ ÚDAJE

(Uveďte 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 ZMĚNENÁ 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