

ODK SIMP

.....
(wnioskodawca)

Rumińskiego 6, 85-030 Bydgoszcz.

(adres)

Tel. 52 322 92 58

....., dnia.....

Urząd Dozoru Technicznego

Oddział w

WYPEŁNIA UDT

Wniosek znak:

WNIOSEK O SPRAWDZENIE KWALIFIKACJI

.....
.....
(określić rodzaj i zakres kwalifikacji)

1. Imię i nazwisko (litery drukowane)
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Nr P E S E L
4. Adres stałego zamieszkania
5. Wykształcenie.....
6. Przebieg praktyki zawodowej
7. Miejsce pracy i adres pracodawcy
8. Zawód wykonywany.....
9. Posiadane zaświadczenia kwalifikacyjne:
 - a) obsługi
 - b) konserwacji
 - c) inne
10. Wskazanie zakładu, w którym będzie możliwe przeprowadzenie egzaminu

Potwierdzam podane wyżej dane i załączam dowód opłaty za sprawdzenie kwalifikacji.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Dozoru Technicznego, z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 34, dla celów przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Gospodarki z dnia 18 lipca 2001 r. w sprawie trybu sprawdzania kwalifikacji wymaganych przy obsłudze i konserwacji urządzeń technicznych (Dz.U. nr 79, poz. 849).

....., dnia

(miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(podpis)