

**ASOCIÁCIA PODNIKATEĽOV**

**POSKYTUJÚCICH SLUŽBY A REMESLÁ**

**Budyšínska 20, 831 03 Bratislava**

**Ž i a d o s ť**

**o vykonanie skúšky na overenie odbornej spôsobilosti**

pre získanie osvedčenia o úplnej kvalifikácii podľa § 19 zákona č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní v znení neskorších predpisov, ktorá oprávňuje držiteľa vykonávať odborné činnosti zodpovedajúce úplnej kvalifikácii.

Meno, priezvisko, titul :

Dátum a miesto narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Telefón – mobil: E-mail:

Názov kvalifikácie, o ktorej overenie uchádzač žiada:

**Povinné prílohy k žiadosti:**

Úradne osvedčená kópia dokladu o najvyššom dosiahnutom stupni vzdelania – akékoľvek zameranie (vysvedčenie z 9.roč.,výučný list, maturitné vysvedčenie, diplom z vysokej školy)

Úradne osvedčená kópia osvedčenia o absolvovaní akreditovaného vzdelávacieho programu,

ktorý vedie k získaniu čiastočnej alebo úplnej kvalifikácie,

**alebo** potvrdenie zamestnávateľa o najmenej 5-ročnej praxi v príslušnom odbore (v prípade SZČO sa za potvrdenie o praxi považuje čestné prehlásenie takejto osoby)

Doklad o úhrade poplatku **250 € uhraďte na účet: SK47 0900 0000 0051 4698 8616**,

**alebo v hotovosti do pokladne,**

**-pri prevode na účet, do poznámky pre prijímateľa treba uviesť vaše meno a názov kvalifikácie**



Fotokópia potvrdenia o zdravotnej spôsobilosti na výkon príslušnej pracovnej činnosti (zdravotný preukaz)

Týmto zároveň vyjadrujem súhlas s použitím vyššie uvedených osobných údajov pre účely vydania osvedčenia podľa § 19 zákona č. 568/2009 Z. z. o celoživotnom vzdelávaní v znení neskorších predpisov.

V……………………… dňa................ ……………………………

podpis žiadateľa