

**ŽIADOSŤ
O ABSOLVOVANIE SKÚŠKY FYZICKEJ OSOBY
NA VÝKON FUNKCIE ZODPOVEDNEJ OSOBY**

podľa § 24 ods. 3 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení
niektorých zákonov v znení zákona č. 84/2014 Z. z.

I. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA	
Priezvisko	
Meno	
Titul	
Dátum narodenia	
Adresa trvalého pobytu	
Ulica:	Číslo:
Obec:	PSČ:
Adresa na doručovanie písomností (vyplniť len v prípade ak je iná ako adresa trvalého pobytu)	
Ulica:	Číslo:
Obec:	PSČ:
Adresa elektronickej pošta	
Telefónne číslo	
Termín skúšky	

Žiadam o osobné prevzatie potvrdenia o absolvovaní skúšky v sídle úradu v Bratislave

II. IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE PREVÁDZKOVATEĽA ALEBO SPROSTREDKOVATEĽA	
(vyplniť len v prípade ak žiadosť o absolvovanie skúšky zodpovednej osoby za žiadateľa podáva prevádzkovateľ alebo sprostredkovateľ)	
Názov prevádzkovateľa/sprostredkovateľa	
Identifikačné číslo organizácie (IČO)	
Obec a PSČ	
Ulica a číslo	

Žiadam o osobné prevzatie informácie o výsledku skúšky žiadateľa v sídle úradu
v Bratislave

.....
Odtlačok pečiatky
a podpis prevádzkovateľa

.....
Dátum a podpis žiadateľa