

Souhlas

Jméno a příjmení:

Datum narození:.....

Rodné číslo:.....

Místo narození:

Adresa trvalého pobytu:

.....

Já výše uvedený, uděluji souhlas níže uvedené osobě s přihlášením k provedení zkoušky pro získání profesní kvalifikace u autorizované osoby (dle zákona č. 179/2006 Sb.)

Souhlas uděluji osobě:

Název:

Sídlo:

IČO:

Zároveň uděluji souhlas se zpracováním svých osobních údajů.

Dne: Podpis: