



VINNUEFTIRLIT RÍKISINS

Bildshöfða 16 - 110 Reykjavík - Sími 550 4600 - Fax 550 4690 - Kt. 420181-0439

Umsókn

um réttindi og beiðni um vinnuvélaskírteini

Útfyllist af umsækjanda:

Nafn: _____ kennitala: _____

Heimilisfang: _____ póstr. _____ Ökuskírt. nr. _____

Námskeiðsstaður: _____ dags: _____ ár: _____

Undirskrift umsækjanda

Með umsókn þessari þurfa að fylgja eftirfarandi gögn:
Læknisvottorð (einungis sé tekið próf á krana) og vottorð kennara (sjá neðar)

Vottorð kennara:

Það vottast hér með að ég hef æft og kennt ofangreindum meðferð og stjórn á

Vinnuvél nr.: _____ Tegund: _____ Gerð: _____

Vinnuvél nr.: _____ Tegund: _____ Gerð: _____

Vinnuvél nr.: _____ Tegund: _____ Gerð: _____

Vinnuvél nr.: _____ Tegund: _____ Gerð: _____

Umsækjandi hefur að mínu áliti næga hæfni og þekkingu til að stjórna og fylgjast með viðhaldi ofanskráðra véla

Staður: _____ dags: _____ ár: _____

Skírteinisnr. kennara: _____

Undirskrift kennara

Útfyllist af prófdómara:

Þarf að framvísa læknisvottorði / augnvottorði (Fyrir krana í flokkum A, B, D og P)