**Форма заявки на аттестацию сварщика**

(от организации-заявителя - юридического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование предприятия |  |
| Сокращенное наименование предприятия |  |
| Юридический адрес |  |
| Почтовый адрес |  |
| Идентификационный признак (ИНН) |  |
| Телефон/факс |  |
| E-mail |  |
| Контактное лицо (ФИО, телефон) |  |
| Дата оформления заявки |  |

**ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ АТТЕСТАЦИИ СВАРЩИКА**

**№ от « » 20 г. [[1]](#footnote-1)**

**1. Общие сведения о сварщике**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. Фамилия, имя, отчество |  |
| 1.2. Дата рождения |  |
| 1.3. Место работы (сокращенное наименование) |  |
| 1.4. Стаж работы по сварке |  |
| 1.5. Квалификационный разряд (при наличии) |  |
| 1.6. Сведения о независимой оценке  квалификации (при наличии) |  |
| 1.7. Специальная подготовка |  |
| 1.8. Гражданство |  |

**2. Аттестационные требования**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Вид аттестации |  |
| 2.2. Способ сварки (наплавки) |  |
| 2.3. Наименование технических устройств опасных производственных объектов (ТУ ОПО) |  |
| 2.4. Шифр НД по сварке |  |
| 2.5. Группа основного материала |  |
| 2.6. Вид свариваемых деталей |  |
| 2.7. Тип сварного шва |  |
| 2.8. Тип и вид соединения |  |
| 2.9. Диапазон толщин деталей |  |
| 2.10. Диапазон диаметров деталей |  |
| 2.11. Положение при сварке |  |
| 2.12. Сварочные материалы |  |
| 2.13. Тип сварного соединения по ГОСТ 14098-2014 (*для сварки арматуры железобетонных конструкций)* |  |
| 2.14. Диапазон диаметров стержней |  |
| 2.15. Положение осей стержней при сварке |  |
| 2.16. Степень автоматизации оборудования (*для сварки неметаллических материалов)* |  |
| 2.17. Дополнительные сведения |  |

**3. Требования к оценке качества контрольных сварных соединений и наплавок**

3.1. Шифр НД, регламентирующих нормы оценки качества (ТУ ОПО)

|  |
| --- |
|  |
|  |

Руководитель организации-заявителя Ф. И. О.

М.П. подпись

**Для допуска к аттестации необходимо представить следующие документы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Вид документа | Формат представления |
|  | Заявка на аттестацию, заверенная печатью | Оригинал |
|  | Согласие на обработку персональных данных | Оригинал |
|  | Документ об образовании (обучении) | Оригинал или копия заверенная печатью и подписью2 |
|  | Документ о квалификации (документ, подтверждающий квалификационный разряд или уровень квалификации) | Оригинал или копия заверенная печатью и подписью |
|  | Трудовая книжка | Копия заверенная печатью и подписью |
|  | или справка о стаже3 (на бланке организации с исх. номером и датой) | Оригинал с печатью и подписью |
|  | Документ об отсутствии медицинских противопоказаний к работе сварщиком (медицинская справка)3 | Оригинал или копия заверенная печатью и подписью |

1) Заявка оформляется в двух экземплярах: один передается в Аттестационный центр, второй остается у заявителя. Консультации по заполнении заявки можно получить у специалистов аттестационного центра по телефону (812) 611-14-11

2) При наличии оригиналов с документов снимаются копии и заверяются печатью СЗР-13АЦ.

3) Формы необходимых документов приведены ниже

4) Вместе с заявкой необходимо передавать реквизиты организации для заключения договора.

5) Для получения аттестационных документов обязательно, при себе, иметь доверенность.

**Требования к копиям документов**

**ВНИМАНИЕ!!! ВСЕ КОПИИ ДОКУМЕНТОВ,** предоставляемых в ООО «НАКС-ЛенОбл», для аттестации персонала, должны быть заверены в соответствии с действующим ГОСТ Р 7.0.97-2016 «Требования к оформлению документов». Отметка о заверении документа делается в соответствии с п. 5.26 ГОСТ Р 7.0.97-2016.

Пример № 1 (Заверение копий всех документов кроме трудовой книжки )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Верно* |  | |
|  | *Главный специалист* | *Подпись* | *И.О. Фамилия* |
|  | *Дата* |  | |

*Подлинник (копия) документа находится в (наименование организации)*

Пример № 2 (Заверение копии трудовой книжки )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Верно. Работает по настоящее время в занимаемой должности* |  | |
|  | *Инспектор службы кадров* | *Подпись* | *И.О. Фамилия* |

Для проставления отметки о заверении копии может использоваться штамп

**Форма справки с места работы**

Фирменный бланк

организации-заявителя

Исх. \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СПРАВКА[[2]](#footnote-2)**

Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(И.О. Фамилия)

в том, что он действительно работает в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

по профессии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

Общий стаж работы по профессии составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность Подпись ФИО

М.П.**Форма документа об отсутствии медицинских противопоказаний к работе сварщиком**

|  |
| --- |
| **Приложение**  к Порядку проведения обязательных  предварительных и периодических  медицинских осмотров работников,  предусмотренных частью четвертой  статьи 213 Трудового кодекса  Российской Федерации,  утвержденному приказом  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  **от 28 января 2021 г. N 29н** |

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального  развития Российской Федерации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Заключение предварительного (периодического) медицинского осмотра (обследования)**[**\***](http://base.garant.ru/12191202/#block_55555)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ф.И.О. |
| 2. | Место работы: |
| 2.1. | Организация (предприятие) |
| 2.2. | Цех, участок |
| 3. | Профессия (должность) (в настоящее время) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Вредный производственный фактор или вид работы\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. | Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано[\*\*](http://base.garant.ru/12191202/#block_5555) (нужное подчеркнуть) |

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись работника (Ф.И.О.)

(освидетельствуемого)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Перечислить в соответствии с [**Перечнем** вредных факторов](http://medosmotr302.ru/data/documents/pril_1_302n.pdf) и [**Перечнем**работ](http://medosmotr302.ru/data/documents/pril_2_302n.pdf).

1. Номер и дату поступления заявки присваивает аттестационный центр [↑](#footnote-ref-1)
2. Справка с места работы должна быть оформлена на фирменном бланке организации-заявителя, содержать исходящий номер и дату, подписана лицом, имеющим право подписи таких документов, и скреплена печатью [↑](#footnote-ref-2)