



ЗАЯВКА

на проведение сертификации специалиста по неразрушающему контролю

(заявитель - предприятие, частное лицо)

(полное название и почтовый адрес, контактный телефон)

просит Уполномоченный квалифицирующий орган (УКО) ЧАО «ПТП «Укрэнергочермет» провести сертификацию компетентности специалиста в ОСП «НУЦ «Контроль и диагностика» в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9712:2012

(фамилия, имя, отчество)

(адрес по прописке)

ОБЛАСТЬ СЕРТИФИКАЦИИ

ВНИМАНИЕ! Необходимо сделать отметку «*» или «✓» в отведенном месте «□». В разделах 1 и 2 отметка должна быть только одна. При заполнении раздела 3, если выбрана сертификация в производственном секторе, делать отметку в подразделе 3.1 не нужно.

1. Метод неразрушающего контроля

- УТ ультразвуковой
 РТ радиографический
 VT визуальный
 МТ магнитный
 РТ капиллярный

2. Уровень квалификации

- I первый
 II второй
 III третий

3. Сектора

3.1. Сектора продукции

- литье (с)
 поковки (f)
 сварные изделия (w)
 трубы и трубопроводы, включая плоские листы для изготовления сварных труб (t)
 прокат (wp)

3.2. Производственные сектора

- производство (сочетание с, f, w, t, wp)
 контроль перед и в процессе эксплуатации, включая производство (сочетание с, f, w, t, wp)

Стаж практической работы кандидата по данному методу:

_____ лет (месяцев)

Работодатель (заявитель) обязуется оплатить расходы, связанные с сертификацией специалиста НК, в т.ч. специальную подготовку (при необходимости) и квалификационный экзамен.

Кандидат на сертификацию согласен выполнять требования сертификации и предоставлять любую информацию, необходимую для сертификации.

Работодатель (заявитель) может высказать запрос на согласование особых потребностей кандидата на сертификацию.

Приложения:

- Документ об образовании [заверенная копия].
- Копия паспорта [страница с фамилией].
- Справка, подтверждающая практический стаж работы по заявленному методу контроля.
- Документ о специальной подготовке кандидата на сертификацию, выданный учебным центром по НК, признанным ОСП "НУЦ "Контроль и диагностика", или его копия, заверенная печатью предприятия [при наличии] (кандидаты, прошедшие курс подготовки в определенном учебном центре, не будут иметь какие-либо преимущества или дискриминации при дальнейшей сертификации).
- Сертификат [оригинал] по данному методу [при расширении области действия сертификата, ресертификации или повторной сертификации].
- Справка о состоянии зрения [для радиографического метода дополнительно - о возможности работы в зоне действия ионизирующего излучения].
- Цветные фотографии размером 3x4 см – 4 шт.

Руководитель организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Кандидат на сертификацию

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Дата оформления заявки: _____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ СОСТОЯНИЯ ЗРЕНИЯ

Для выполнения работ по профессии острота зрения специалиста должна позволять ему прочитать минимум шрифт №1 по таблице Jaeger (таблица для подбора очков) с расстояния не менее 30 см. (или эквивалентного) в крайнем случае, одним глазом, с корректирующими линзами или без них. Кроме того специалист должен иметь достаточное восприятие цветов и оттенков серого и не суженное пространственное зрение.

Минимальные требования:

Острота зрения должна составлять:

- вблизи: 1,0 хотя бы на одном глазу;
- на расстоянии: 0,8 хотя бы на одном глазу;
- нормальное восприятие цветов (при нарушенном восприятии необходимо пройти дополнительную проверку на аномалоскопе: допустимый коэффициент аномальности AQ должен быть в пределах $1,4 > AQ > 0,7$);
- пространственное зрение (не допускается сужение нормального поля зрения с обеих сторон при внешнем осмотре без применения аппаратуры).

Рекомендованная форма справки о состоянии зрения

СПРАВКА ДЛЯ ПОДАЧИ В УКО ЧАО «ПТП УКРЭНЕРГОЧЕРМЕТ»

О результатах проверки состояния зрения на соответствие установленным требованиям для выполнения работ по неразрушающему контролю

(фамилия, имя, отчество лица, проходившего медосмотр)

1. По результатам проверки остроты зрения соответствует [нужное отметить «x» или «✓»]

<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз	<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз
Вблизи = 1,0 (J1)		На расстоянии = 0,8	
Правый глаз	Левый глаз	Правый глаз	Левый глаз
<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> да
<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> нет

2. По результатам проверки на восприятие цветов [нужное отметить «x» или «✓»]

Способность различать цвета – в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Способность различать оттенки серого – в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

3. По результатам проверки пространственного зрения [нужное отметить «x» или «✓»]

Имеет место ограничение нормального поля зрения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
---	-----------------------------	------------------------------

Дата « _____ » _____ 201 _____ г.

Врач-окулист _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

М.П.

Дата введения 17.09.14 г.

СПРАВКА

Дана _____
(фамилия, имя, отчество)

В том, что он (она) работает (ал) _____
(название организации, адрес)

в должности _____

и выполнял работы по _____ неразрушающему контролю
(наименование метода НК)

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Справка дана для предоставления в Уполномоченный квалифицирующий орган (УКО)
ЧАО «ПТП «Укрэнергочермет».

Руководитель подразделения _____
(название структурного подразделения предприятия)

« _____ » _____ 201 _____ г. _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Начальник отдела кадров

« _____ » _____ 201 _____ г. _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.