



ЗАЯВКА на проведення сертифікації фахівця з неруйнівного контролю

(заявник - підприємство, приватна особа: повна назва та поштова адреса, контактний телефон)

код ЄДРПОУ _____

просить ОСП БГ провести сертифікацію компетентності фахівця

(прізвище, ім'я, по батькові)

у відповідності із вимогами стандарту **ISO 9712:2012**.

Побажання щодо мови сертифікату та кваліфікаційного посвідчення: - UA; - EN

СФЕРА СЕРТИФІКАЦІЇ

УВАГА! Необхідно зробити відмітки типу «✓» або «✗» у відведених місцях «□». В розділі 2 відмітка повинна бути тільки одна. При заповненні розділу 3, якщо обрано сертифікацію в секторі промисловості, робити відмітки у підрозділі 3.1. не потрібно.

1. Метод неруйнівного контролю:		
ультразвуковий	UT	<input type="checkbox"/>
візуальний	VT	<input type="checkbox"/>
капілярний	PT	<input type="checkbox"/>
магнітний	MT	<input type="checkbox"/>

2. Рівень кваліфікації:		
перший	I	<input type="checkbox"/>
другий	II	<input type="checkbox"/>
третій	III	<input type="checkbox"/>

3. Сектори

3.1. Сектори за технологією виготовлення		
1	Литво (c)	<input type="checkbox"/>
2	Поковки (f)	<input type="checkbox"/>
3	Зварні з'єднання (w)	<input type="checkbox"/>
4	Труби і трубки (t)	<input type="checkbox"/>
5	Продукція обробки (wr)	<input type="checkbox"/>

3.2. Промислові сектори		
6	Виробництво (комбінація c, f, w, t та wr або деяких з них)	<input type="checkbox"/>
7	Контроль перед введенням та у процесі експлуатації, включно із виробництвом (комбінація c, f, w, t та wr або деяких з них)*	<input type="checkbox"/>
8	Обслуговування залізниці (комбінація c, f, w, t та wr або деяких з них)	<input type="checkbox"/>

* номенклатура сектору 7 перекидає номенклатуру сектору 6

Стаж практичної роботи з даного методу НК: _____ років у секторах _____
(перелік секторів згідно Розділу 3)

Додатки:

- Копія документу про освіту кандидата на сертифікацію.
- Копія паспорту кандидата на сертифікацію (сторінка з прізвищем).
- Документальне підтвердження стажу практичної роботи із заявленого методу НК – при первинній сертифікації;
- Копія сертифіката з даного методу НК з відмітками роботодавця - при продовженні сертифікації або повторній сертифікації.
- Документ про спеціальну підготовку кандидата на сертифікацію, виданий визнаним ОСП БГ навчальним центром з НК або його копія (за наявності).
- Довідка (або її копія) встановленого зразка про стан зору кандидата на сертифікацію.
- Три фотокартки кандидата на сертифікацію розміром 3x4 см.
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (тільки якщо заявник – фізична особа, резидент України).



Будь ласка, акуратно поставте підпис кандидата на сертифікацію у виділеному прямокутнику. Даний підпис буде внесено у його сертифікат та кваліфікаційне посвідчення

Керівник організації

(підпис)

(П.І.Б.)

(дата підписання)

Кандидат на сертифікацію

(підпис)

(П.І.Б.)

(дата підписання)

М.П.



УГОДА ПРО ДОТРИМАННЯ НОРМ ЕТИКИ ТА УМОВ СЕРТИФІКАЦІЇ

Цю угоду укладено між Органом з сертифікації персоналу будівельної галузі (далі - ОСП БГ), в особі керівника Юнацького Олександра Григоровича, з однієї сторони, і

(прізвище, ім'я, по батькові фахівця з НК, місце та рік народження)

з іншої сторони, про наступне:

1. ОСП БГ **зобов'язується** видати фахівцю сертифікат компетентності у разі виконання останнім всіх передумов щодо сертифікації (наявності необхідного виробничого стажу за методом, підтвердження фізичної придатності за станом зору, успішного проходження курсу спеціальної підготовки, успішного складання кваліфікаційного екзамену та виконання всіх договірних умов надання послуги із сертифікації).

2. Отримуючи сертифікат, фахівець з НК **зобов'язується**:

- ✓ дотримуватись положень стандарту **ISO 9712:2012** протягом усього терміну дії сертифікації і негайно повідомити ОСП БГ про настання умов, які роблять його нездатним виконувати умови сертифікації;
- ✓ проводити контроль тільки тим методом НК і у тих секторах продукції/промисловості, які вказані у сертифікаті та кваліфікаційному посвідченні;
- ✓ використовувати сертифікацію таким чином, щоб не дискредитувати ОСП БГ та не робити заяв відносно сертифікації, які ОСП БГ міг би розглядати як такі, що вводять в оману або недозволені;
- ✓ у разі позбавлення сертифікації припинити заяви про сертифікацію, що містять будь-яке посилання на ОСП БГ або його систему сертифікації, та повернути відповідні сертифікат та кваліфікаційне посвідчення, видані ОСП БГ;
- ✓ не використовувати сертифікат та кваліфікаційне посвідчення таким чином, щоб вони вводили в оману;
- ✓ зберігати записи про всі рекламатії до моєї роботи, пов'язані із сферою дії сертифікату та кваліфікаційного посвідчення.
- ✓ негайно повідомляти ОСП БГ про настання умов, які можуть вплинути на його здатність продовжувати виконувати вимоги сертифікації;
- ✓ дотримуватись норм професійної етики фахівця з НК на протязі всього терміну дії сертифікації;
- ✓ своєчасно, упродовж місяця, інформувати ОСП БГ про зміну місця роботи та проживання;
- ✓ надавати ОСП БГ будь-яку додаткову інформацію, необхідну для сертифікації.

3. Отримуючи сертифікат, фахівець з НК **погоджується**:

- ✓ що інформація про нього (прізвище, ім'я, по батькові, результати сертифікації) буде опубліковано у відкритому доступі на офіційному сайті ОСП БГ (<https://ospbg.org.ua>);
- ✓ з вимогами щодо інспекційного контролю його, як сертифікованого фахівця з НК, з боку ОСП БГ;
- ✓ що ОСП БГ має право надавати додаткову інформацію органам влади (за відповідним запитом) отриману в результаті моєї сертифікації.

4. Фахівець з НК **звільняє** ОСП БГ від відповідальності у зв'язку із скаргами, які можуть виникнути в результаті його діяльності як сертифікованого фахівця з НК, а також відповідальності за збитки, що можуть бути пов'язані з його діяльністю як сертифікованого фахівця з НК третім особам.

5. Фахівець з НК **попереджений** про те, що у разі порушення цієї угоди та недотримання вимог сертифікації його сертифікат може бути призупинений або анульований.

Фахівець з НК:

(П.І.Б.)

(адреса проживання)

(контактний телефон)

(E-mail)

(дата)

(підпис)

ОСП БГ:

02160, м. Київ,
просп. Соборності, 15/17, офіс 123

(044) 232-51-17, (063) 785-94-91

E-mail: osp-bg@ukr.net

<https://ospbg.org.ua>

(дата)

(підпис)

ПІДТВЕРДЖЕННЯ ВІДПОВІДНОСТІ СТАНУ ЗОРУ

Для виконання робіт за професією гострота зору фахівця повинна дозволяти йому прочитати мінімум шрифт № 1 за таблицею Єгера (табл. для підбору окулярів) з відстані не менше 30 см (або еквівалентної) в крайньому разі одним оком, з коригуючими лінзами чи без них. Крім того фахівець повинен мати достатнє сприйняття кольорів і відтінків сірого та не звужений просторовий зір.

Мінімальні вимоги:

Гострота зору повинна становити:

- зблизька: 1,0 хоча б на одному оці
- на віддаль: 0,8 хоча б на одному оці

- нормальне сприйняття кольорів (при порушеному сприйнятті потрібно пройти додаткову перевірку на аномалоскопі: допустимий коефіцієнт аномальності АК повинен бути в межах $1,4 > AQ > 0,7$)

- просторовий зір (не допускається звуження нормального поля зору з обох сторін при орієнтованому контролі без застосування апаратури).

Рекомендована форма довідки про стан зору

ДОВІДКА ДЛЯ ПОДАННЯ В ОСП БГ

Про результати перевірки стану зору на відповідність встановленим вимогам для виконання робіт з неруйнівного контролю

(П.І.Б. та рік народження особи, що проходила медогляд)

1. За результатами перевірки гострота зору відповідає (див. виділене хрестиком)

<input type="checkbox"/> з коригуючими лінзами	<input type="checkbox"/> без коригуючих лінз	<input type="checkbox"/> з коригуючими лінзами	<input type="checkbox"/> без коригуючих лінз
Зблизька = 1,0 (J1)		На віддаль = 0,8	
Праве око	Ліве око	Праве око	Ліве око
<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні

2. За результатами перевірки на сприйняття кольорів (див. виділене хрестиком)

Здатність розрізняти кольори - у нормі	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні
Здатність розрізняти відрізняти відтінки сірого - у нормі	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні

3. За результатами перевірки просторового зору (потрібне виділити хрестиком)

Має місце обмеження нормального поля зору	<input type="checkbox"/> так	<input type="checkbox"/> ні
-------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

дата проходження медогляду: «_____» _____ 20__ р.

Лікар-окуліст _____
(П.І.Б.)

_____ (підпис)

М.П.

Надані в ОСП БГ медичні довідки повинні однозначно ідентифікуватися (П.І.Б. кандидата і лікаря, печатка закладу, що видає довідку).