



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 НПАОП 0.00-1.63-13

СФЕРА СЕРТИФІКАЦІЇ

УВАГА! Необхідно зробити відмітки типу «✓» або «✗» у відведених місцях «□». В Розділі 2 відмітка повинна бути тільки одна. В Розділі 1 можуть бути дві відмітки тільки для VT методу НК.

1. Метод неруйнівного контролю:		
ультразвуковий	UT	<input type="checkbox"/>
радіографічний	RT	<input type="checkbox"/>
візуально-оптичний (метал)	VT	<input type="checkbox"/>
візуально-оптичний (п/е)**		<input type="checkbox"/>
магнітопорошковий	MT	<input type="checkbox"/>
капілярний	PT	<input type="checkbox"/>

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

3. Виробничі сектори (група II):		
6	металообробка і металовиробництво	<input type="checkbox"/>
7	теплова енергетика	<input type="checkbox"/>
10	трубопроводи	<input type="checkbox"/>
11	хімія та нафтохімія	<input type="checkbox"/>
12	бурильне обладнання	<input type="checkbox"/>
13	вантажопідіймальні споруди	<input type="checkbox"/>
14	металоконструкції і будівельні конструкції	<input type="checkbox"/>
15	залізничний транспорт*	<input type="checkbox"/>

* тільки машини, механізми, устаткування підвищеної небезпеки

** тільки для сектору 10 «Трубопроводи» із Розділу 3

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).
- Копія сертифікату фахівця з даного методу НК з відмітками роботодавця.
- 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 (для радіографічного методу додатково - про можливість роботи в зоні дії іонізуючого випромінювання).
- Довідка, видана роботодавцем, із зазначенням методу НК та виду продукції (виробничі сектори), контроль якої проводив кандидат під наглядом сертифікованого(их) фахівця(ів) з НК II або III рівня кваліфікації (у разі первинної сертифікації).
- Перелік розроблених кандидатом на сертифікацію особисто або у співавторстві методичних матеріалів з даного методу НК (для III рівня кваліфікації).
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (тільки якщо заявник – приватна особа, резидент України).
- Три фотокартки кандидата на сертифікацію розміром 3x4 см.

Гарантуємо оплату витрат на сертифікацію фахівця з НК та інспекційний контроль за його діяльністю протягом терміну дії сертифікату та кваліфікаційного посвідчення.

Керівник організації

.....
(підпис)

.....
(П.І.Б.)

Головний бухгалтер

.....
(підпис)

.....
(П.І.Б.)

Кандидат на сертифікацію

.....
(підпис)

.....
(П.І.Б.)

М.П.



Керівнику ОСП БГ

_____ (П.І.Б. кандидата)

_____ (місце роботи кандидата, поштова адреса)

код ЄДРПОУ/ІПН: _____

контактний телефон: _____

E-mail: _____

ЗАЯВА

Прошу видати мені сертифікат компетентності _____ рівня кваліфікації з _____ методу неруйнівного контролю.

Отримуючи сертифікат, я, _____ (П.І.Б. кандидата)

_____ (домашня адреса, дата і місце народження)

зобов'язуюсь:

- ✓ дотримуватись вимог "Правил сертифікації фахівців з неруйнівного контролю" **НПАОП 0.00-1.63-13** протягом усього терміну дії сертифікації;
- ✓ проводити контроль тільки тим методом НК і у тих виробничих секторах, 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 посилення 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 рекламації до моєї роботи, пов'язані із сферою дії сертифікату та кваліфікаційного посвідчення.

Я звільняю ОСП БГ від відповідальності у зв'язку із скаргами, які можуть виникнути в результаті моєї діяльності як сертифікованого фахівця з НК.

Я не заперечую проти того, що інформацію про мене (прізвище, ім'я, по батькові, результати сертифікації) буде опубліковано у відкритій пресі, а також згоден з вимогами щодо інспекційного контролю за моєю діяльністю, як сертифікованого фахівця з НК, з боку ОСП БГ.

Я поінформований, що у разі негативного результату інспекційного контролю, мій сертифікат може бути анульований.

Зобов'язуюсь своєчасно, упродовж місяця, інформувати ОСП БГ про зміну місця роботи та проживання.

« ____ » _____ 20 ____ р.

_____ (підпис)



Будь ласка, акуратно поставте свій підпис у виділеному прямокутнику. Даний підпис буде внесено у Ваші сертифікат та кваліфікаційне посвідчення.

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).