ЗАЯВКА
на проведення сертифікації фахівця з неруйнівного контролю

.....

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

..... код ЄДРПОУ/РНОКПП .....

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	☐
радіографічний	RT	☐
візуально-оптичний (метал)	VT	☐
візуально-оптичний (п/е)**		☐
магнітопорошковий	MT	☐
капілярний	PT	☐

2. Рівень кваліфікації:		
перший	I	☐
другий	II	☐
третій	III	☐

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

* 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:

1. Копія документу про освіту кандидата на сертифікацію.
2. Копія паспорту кандидата на сертифікацію (сторінка з прізвищем).
3. 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).
4. Довідка (або її копія) встановленого зразка про стан зору кандидата на сертифікацію (для радіографічного методу додатково - про можливість роботи в зоні дії іонізуючого випромінювання).
5. Копія сертифікату фахівця з даного методу НК з відмітками роботодавця - у разі продовження або повторній сертифікації.
6. Перелік розроблених кандидатом на сертифікацію особисто або у співавторстві методичних матеріалів з даного методу НК (для III рівня кваліфікації).
7. Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (тільки якщо заявник – приватна особа, резидент України).
8. Три фотокартки кандидата на сертифікацію розміром 3х4 см.

⇦ 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.)*

Кандидат на сертифікацію

....

(підпис) *(П.І.Б.)*

М.П.

УГОДА
ПРО ДОТРИМАННЯ НОРМ ЕТИКИ ТА УМОВ СЕРТИФІКАЦІЇ

Цю угоду укладено між Органом з сертифікації персоналу в галузі неруйнівного контролю машин, механізмів, устаткування підвищеної небезпеки (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. Сертифікований фахівець з НК **зобов'язується**:
   - ✓ дотримуватись положень стандарту **НПАОП 0.00-1.63-13** 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 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 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 рекламації до трудової діяльності, пов'язаної 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. Сертифікований 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. Сертифікований фахівець з НК **попереджений** про те, що у разі порушення цієї угоди та недотримання вимог сертифікації його сертифікат може бути призупинений або анульований.

Кандидат на сертифікацію:

.....
(П.І.Б.)

.....
(адреса проживання)

.....

.....
(контактний телефон)

.....
(E-mail)

ОСП БГ:

02125, м. Київ,
вул. Віталія Шимановського, 2/1, офіс 608

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

E-mail: osp-bg@ukr.net

https://ospbg.org.ua

.....	.....	.....	.....
(дата)	*(підпис)*	*(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 анормальності 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)

☐ **з коригуючими лінзами**	☐ **без коригуючих лінз**	☐ **з коригуючими лінзами**	☐ **без коригуючих лінз**
Зблизька = 1,0 (J1)		**На віддаль = 0,8**	
Праве око	**Ліве око**	**Праве око**	**Ліве око**
☐ так ☐ ні	☐ так ☐ ні	☐ так ☐ ні	☐ так ☐ ні

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

Здатність розрізняти кольори - у нормі	☐ так	☐ ні
Здатність розрізняти відрізняти відтінки сірого - у нормі	☐ так	☐ ні

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

Має місце обмеження нормального поля зору	☐ так	☐ 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 видав довідку).