|  |  |
| --- | --- |
| Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Руководителю Независимого органапо аттестации персоналаАО «НИКИМТ-Атомстрой»А.В. КалининуФакс: (499) 903-12-47E-mail: KalininAV@atomrus.ru |
|  |

**ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА**

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

 (заявитель: предприятие - плательщик, частное лицо)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

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

 (индекс, почтовый адрес, телефон, факс, e-mail)

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

 (ФИО руководителя организации, должность)

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

 (на основании чего действует руководитель организации)

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

 (контактное лицо: ФИО, телефон, e-mail)

**Реквизиты предприятия:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

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

 (индекс, юридический адрес)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИНН: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  КПП: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  БИК: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОКПО: |  |  |  |  |  |  |  |  |  ОГРН: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит Независимый орган по аттестации персонала в области неразрушающего контроля – Аттестационный центр НИКИМТ провести аттестацию специалиста в соответствии с **СДАНК-02-2020** (выбрать нужное):

|  |
| --- |
| ***(при наличии документа***  ***о специальной подготовке****)*  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **Первичную**:**(** |  |  *подготовка требуется* /  |  |  *подготовка НЕ требуется*  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  **Продление аттестации** (после 3-х лет) |  |  **Переаттестацию** (после 6 лет) |

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

(фамилия, имя, отчество)

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ виду (методу) контроля

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационный уровень

по п.п.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(объекты контроля в соответствии с Приложением 1 СДАНК-02-2020)

Опыт практической работы по данному виду (методу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Счёт отправить по факсу/e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кандидат на аттестацию представляет в Независимый орган:**

▪ копия паспорта (первый лист + лист с пропиской);

▪ документ о базовом образовании (диплом, аттестат и т.п.) - копия;

▪ **документы, подтверждающие наличие специальной подготовки с указанием объема подготовки в часах** и аттестации по другим методам НК, ранее полученные кандидатом (в случае их наличия);

▪ удостоверения по НК (если имеются) - копии;

▪ справку об опыте производственной деятельности по заявленному методу контроля, подписанную руководителем

 организации **(Требования к минимальному стажу производственной деятельности указаны в Приложении 1)**;

▪ медицинская справка (**Приложение 2**);

▪ 2 цветные фотографии (3х4, матовые);

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 М.п. (подпись) (ФИО)

Исполнитель: ФИО, тел.

**Кандидат на аттестацию представляет в ЭЦНК ИГЭУ:**

▪ з**аявку – оригинал;**

▪ **документ об образовании (копию)** (при первичном обращении);

▪ **документы, подтверждающие наличие специальной подготовки** (курсы повышения квалификации) по заявленному методу с указанием объема подготовки в часах (при первичной аттестации);

▪ **копии ранее выданных удостоверений** по неразрушающему контролю
(если имеются) - копии;

▪ **справку об опыте производственной деятельности** по заявленному методу контроля, подписанную руководителем. В справке указывается стаж производственной деятельности отдельно по каждому методу контроля, на который претендует кандидат. Этот **стаж должен быть достаточен для аттестации кандидата (см. Приложение1)**

▪ **медицинское заключение** (справку) о результатах проверки состоянии зрения с указанием остроты ближнего зрения и способности различать цвета и оттенки серого (в соотв. с п. 3.10 СДАНК-02-2020) (**см. Приложение 2**). Кандидат может представить справку из отдела кадров о прохождении периодического медицинского осмотра на предприятии. Справка действительна в течение 12 месяцев с момента выдачи.

**▪ 2 цветные фотографии** (3х4)

**Приложение 1**

**ТРЕБОВАНИЯ ПО МИНИМАЛЬНОМУ ПРОИЗВОДСТВЕННОМУ ОПЫТУ**

**ДЛЯ ДОПУСКА К КВАЛИФИКАЦИОННОМУ ЭКЗАМЕНУ**

**ПРИ ПЕРВИЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ НА I И II УРОВНИ**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид (метод) НК | Производственный опыт, месяцы (при 40-часовой неделе) |
|  | уровень I | уровень II |
|  |  | Для специалиста, имеющего I уровень | Для специалиста, не имеющего I уровня |
| УК | 3 | 9 | 12 |
| РК | 3 | 9 | 12 |
| МК | 1 | 3 | 4 |
| ПВК | 1 | 3 | 4 |
| ВИК | 1 | 3 | 4 |

**Приложение 2**

**Рекомендованная форма справки о состоянии зрения**

**СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В НЕЗАВЫИСИМЫЙ ОРГАН ПО АТТЕСТАЦИИ (СЕРТИФИКАЦИИ) ПЕРСОНАЛА**

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

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

(Ф.И.О. и год рождения лица, проходящего медосмотр)

**1. По результатам проверки острота зрения составляет**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с корректирующими линзами | без корректирующих линз | с корректирующими линзами | без корректирующих линз |
| Вблизи  | Вдаль  |
| Правый глаз | Левый глаз | Правый глаз | Левый глаз |
|  |  |  |  |

**2. По результатам проверки восприятия цветов** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Способность различать цвета - в норме**  | да  | нет  |
| **Способность различать оттенки серого - в норме**  | да  | нет  |

**3. По результатам проверки пространственного зрения** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Обнаружено ограничение нормального поля зрения** | да  | нет  |

**Дата медосмотра: “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

**Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О.) (Подпись)

 **М.П.**