|  |  |
| --- | --- |
| Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Руководителю Независимого органапо аттестации персоналаАО «НИКИМТ-Атомстрой»С.И. ХолоденкоKalininAV@atomrus.ru |

**ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕНИЕ АТТЕСТАЦИИ**

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

(фамилия, имя, отчество)

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) |

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ методу контроля

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по п. 1 Объекты котлонадзора;укажите подпункты  | по п. 3 Подъемные сооружения;укажите подпункты  | поп.7 Оборудование металлургической промышленностиукажите подпункты  |
| по п. 2 Системы газоснабжения;укажите подпункты  | по п. 6 Оборудование нефтяной и газовой промышленностиукажите подпункты  | по п. 8 Оборудование взрывопожароопасных и хим.опасных производствукажите подпункты  |
| **(объекты контроля в соответствии с Приложением 1 СДАНК-02-2020)** | по п. 11 Здания и сооруженияукажите подпункты  |

Производственный стаж по методу (виду) контроля\_\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес. Требования к стажу указаны в

 таблице 3СДАНК-02-2020

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

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

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявитель представляет в Независимый орган по аттестации:**

1. Документ о базовом образовании (копию);

2. Документы, подтверждающие наличие специальной подготовки с указанием количества часов.

3. Документы, подтверждающие наличие аттестации по другим методам (видам) НК, ранее полученные кандидатом (при их наличия);

3.1. Удостоверения, срок действия которых истекает или истек (только при продлении);

4. Справку о производственном стаже по заявленному методу (виду) НК;

4.1. Документальное подтверждение продолжительной успешной работы без значительного перерыва по методу (виду) НК и сектору объектов контроля, по которым продлевается аттестация (только при продлении);

5. Документальное подтверждение удовлетворительного состояния зрения;

6.Личное заявление кандидата на сдачу квалификационного экзамена с указанием метода (вида) НК и объектов контроля;

7. 2 цветные фотографии (3х4);

8. Согласие на обработку персональных данных;

9. Обязательства по выполнению кодекса этики

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. Приложение 1)**

▪ **медицинское заключение** или иное документальное доказательство удовлетворительного состояния зрения с указанием остроты ближнего зрения и способности различать цвета и оттенки серого **(Приложение 2)**;

**▪ 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 | 1,5 | 4,5 | 6 |
| РК | 1,5 | 4,5 | 6 |
| МК | 0,5 | 1,5 | 2 |
| ПВК | 0,5 | 1,5 | 2 |
| ВИК | 0,5 | 1,5 | 2 |

**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.**