ЗАЯВКА

на проведение аттестации персонала испытательных лабораторий

**Заявитель:**

Краткое наименование организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный тел/факс, адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 просит Независимый орган по аттестации персонала ООО ИКЦ «Арина» № НОАП-0030 провести аттестацию специалиста:

**Кандидат:**

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по разрушающему методу контроля

на квалификационный уровень

в соответствии с требованиями Российских стандартов

Стаж практической работы по заявленному методу \_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

Вид механических испытаний: (в соответствии с Приложением №1 СДА-24) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Удостоверение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальная подготовка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (количество часов)

Заявитель обязуется оплатить расходы, связанные с оценкой уровня его квалификации, выдачей сертификата компетентности (квалификационного удостоверения) и **последующим инспекционным контролем.**

## **Специалист представляет в Орган по сертификации:**

1. Заявку, подписанную руководителем организации – оригинал!
2. Документ о базовом образовании (*диплом, аттестат и т.п*.) - копия.
3. Сертификаты, удостоверения по РК (*если имеются*) - оригиналы.
4. Документ, подтверждающий обучение по данному методу РК (*если имеется*).
5. Справка о стаже практической деятельности по данному методу.
6. Перечень работ, выполненных по направлениям аттестации кандидатом, претендующим на II уровень, не имеющим I уровня.
7. Медицинская справка (*терапевт и окулист с указанием диоптрий, действит. в течение 1 года*).
8. **3 цветные фотографии (*3 х 4, матовые*).**
9. Документ, подтверждающий оплату услуг по аттестации (сертификации).

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

 (подпись) (ФИО)

# Гл. бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

М.П.

 (подпись) (ФИО)

Подпись специалиста, направляемого на аттестацию (сертификацию),

об ознакомлении с перечнем требуемых документов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_