**ЗАЯВКА**

**на проведення сертифікації фахівця з неруйнівного контролю**

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

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

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

просить Орган із сертифікації персоналу з неруйнівного контролю провести сертифікацію компетентності фахівця

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

 *(прізвище, ім'я, по батькові)*

**у відповідності із стандартом**  EN ISO 9712:2022 / ДСТУ EN 4179:2017

 *(непотрібне закреслити)*

**з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_методу контролю на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кваліфікаційний рівень.**

Виробничий сектор, тип продукції:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(перелік секторів та типів продукції)*

Стаж практичної роботи з даного методу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів у виробничому секторі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(перелік секторів)*

Додатки:

1. Документ про освіту (копія).

2. Копія сертифікату з даного методу з відмітками роботодавця (при розширенні сфери дії, ресертифікації або повторній сертифікації).

3. Документ про спеціальну підготовку, виданий визнаним ОСП центром навчання, завірений печаткою або копія кваліфікаційного посвідчення (за наявності).

4. Довідка про стан зору.

5. Три фотокартки розміром 3х4 см.

6 Перелік розроблених кандидатом особисто або у співавторстві методичних матеріалів з даного методу НК (для III рівня кваліфікації.)

 **Роботодавець гарантує оплату витрат по сертифікації фахівця та інспекційному контролю за його діяльністю протягом терміну дії сертифіката.**

**Керівник організації \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (підпис) (п.і.б.)

**Головний бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (підпис) (п.і.б.)

**Кандидат на сертифікацію \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (підпис) (п.і.б.)

М.П.

**Примітка.** 1. Якщо кандидат бажає контролювати усі види продукції, що застосовуються в даному виробничому секторі, то сектори першої групи не вказуються або вказується “Основний метал і зварні з'єднання у секторах.

 2. Якщо кандидат бажає контролювати окремі види продукції, що застосовуються в даному виробничому секторі, то перераховуються ці види продукції (наприклад: литво, труби і т.п.).

**УГОДА**

ОРГАН СЕРТИФІКАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ У ГАЛУЗІ НЕРУЙНІВНОГО КОНТРОЛЮ «УкрНДІНК» ПрАТ “УкрНДІНК” (у подальшому ОСП), в особі керівника ОСП Опанасенка Антона Валерійовича, і сертифікований фахівець

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

*(Прізвище, ім`я, по-батькові)*

уклали цю Угоду про наступне:

**1. ОСП:**

* видає сертифікат і підтверждує, що інформація отримана в процесі сертифікації, є конфіденційною і не може бути передана третій стороні, за виключенням випадків, передбачених законодавством;
* інформація про діючий сертифікат може бути опублікована в засобах масової інформації.

**2. Сертифікований спеціаліст:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(П.І.Б. кандидата)*

 компетентності\_\_\_\_\_\_\_\_ рівня з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ методу неруйнівного контролю.

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

*(домашня адреса, дата і місце народження)*

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

**зобов’язується**:

* дотримуватись вимог стандарту EN ISO 9712:2022 / EN 4179:2017

 (непотрібне закреслити)

протягом усього терміну дії сертифікату;

* проводити контроль тільки тим методом НК і у тих виробничих секторах, які вказані у посвідченні та сертифікаті;
* використовувати сертифікацію таким чином, щоб не дискредитувати ОСП та не робити заяв відносно сертифікації, які ОСП 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 або його систему сертифікації, та повернути відповідні сертифікати, видані ОСП;
* не використовувати сертифікат та посвідчення таким чином, щоб вони вводили в оману;
* зберігати записи про всі рекламації до роботи, пов’язані із сферою дії сертифіката.
* своєчасно, упродовж місяця, інформувати ОСП про зміну місця роботи та проживання.

Сертифікований спеціаліст звільняє ОСП від відповідальності у зв’язку із скаргами і апеляціями, які можуть виникнути в результаті діяльності як сертифікованого фахівця.

Сертифікований спеціаліст не заперечує проти того, що конфіденційна інформація (ПІБ, результати сертифікації) буде опубліковано у відкритій пресі, а також згоден з вимогами щодо інспекційного нагляду за професійної діяльністю, як сертифікованого фахівця, з боку ОСП.

 **Сертифікований спеціаліст** **Керівник ОСП “УкрНДІНК”**

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

 ***(ПІБ)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Будь ласка, поставте підпис увиділеному прямокутнику Цей підпис буде внесено у Вашсертифікат. |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.В. ОПАНАСЕНКО  |

 ***(підпис)***

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р. “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р

ДОВІДКА ДЛЯ ПОДАННЯ В ОСП

Про результати перевірки стану зору на відповідність встановленим вимогам для виконання робіт з неруйнівного контролю

(ПІБ 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** | **Вдаль = 0,8** |
| Праве око | Ліве око | Праве око | Ліве око |
|   так  ні |   так  ні |   так  ні |   так  ні |

1. **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 |

дата проходження медогляду: ”\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

Лікар-окуліст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ПІБ) (Підпис)

 М.П.

**ДОВІДКА**

Видана

*(П.І.Б)*

про те , що він (вона) працює (ав) в

*(назва організації, адреса)*

на посаді

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| та виконував (ла) роботи по |  |  |  | неруйнівному контролю |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | *(позначення методу НК)* |
| з |  | по |  | (або по теперішній час) |
|  | *(число, місяць, рік)* |  | *(число, місяць, рік)* |

Довідка надано для надання за місцем вимоги.

Керівник підрозділу

*(назва структурного підрозділу підприємства)*

« » 20 р.

*(підпис)* *(П.І.Б.)*

Начальник відділу кадрів

« » 20 р.

*(підпис)* *(П.І.Б.)*

М.П.