



ЗАЯВКА
на проведення сертифікації фахівця з неруйнівного контролю

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

код ЄДРПОУ _____

просить ОСП «УКРЕКСПЕРТ» провести сертифікацію компетентності фахівця

(прізвище, ім'я, по батькові)

у відповідності із вимогами НПАОП 0.00-1.63-13

ОБЛАСТЬ СЕРТИФІКАЦІЇ

УВАГА! Необхідно зробити відмітки типу «✓» або «✗» у введених місцях «□». В розділі 2 відмітка повинна бути тільки одна. В розділі 1 можуть бути дві відмітки тільки для VT, MT та LT методів НК.

| 1. Метод неруйнівного контролю: | | | 2. Рівень кваліфікації: | | | 3. Виробничі сектори (група II): | | |
|---------------------------------|----|--------------------------|-------------------------|-----|--------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|
| ультразвуковий | UT | <input type="checkbox"/> | перший | I | <input type="checkbox"/> | 6 | металобробка і металовиробництво | <input type="checkbox"/> |
| радіографічний | RT | <input type="checkbox"/> | другий | II | <input type="checkbox"/> | 7 | теплова енергетика | <input type="checkbox"/> |
| візуально-оптичний (метал) | VT | <input type="checkbox"/> | третій | III | <input type="checkbox"/> | 10 | трубопроводи | <input type="checkbox"/> |
| візуально-оптичний (п/е)** | | <input type="checkbox"/> | | | | 11 | хімія та нафтохімія | <input type="checkbox"/> |
| магнітопорошковий | MT | <input type="checkbox"/> | | | | 12 | бурильне обладнання | <input type="checkbox"/> |
| метод коерцитивної сили | | <input type="checkbox"/> | | | | 13 | вантажопідіймальні споруди | <input type="checkbox"/> |
| капілярний | PT | <input type="checkbox"/> | | | | 14 | металоконструкції і будівельні конструкції | <input type="checkbox"/> |
| вихрострумівий | ET | <input type="checkbox"/> | | | | 15 | залізничний транспорт* | <input type="checkbox"/> |
| акустико-емісійний | AT | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| контроль тиском | LT | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| газобаналітичний метод | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

* тільки об'єкти 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)

Мова, якою кандидат бажає здавати кваліфікаційний екзаме́н: - українська - російська

Додатки:

- Копія документу про освіту кандидата на сертифікацію.
- Копія паспорту кандидата на сертифікацію (сторінка з прізвищем).
- Копія сертифікату фахівця з даного методу НК з відмітками роботодавця.
- Документ про спеціальну підготовку кандидата на сертифікацію, виданий визнанням ОСП «УКРЕКСПЕРТ» навчальним центром з НК, завірений печаткою або його копія (за наявності).
- Довідка про стан зору встановленого зразка або її копія кандидата на сертифікацію (для радіографічного методу додатково - про можливість роботи в зоні дії іонізуючого випромінювання).
- 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).
- Три фотокартки кандидата на сертифікацію розміром 3x4 см.
- Перелік розроблених кандидатом на сертифікацію особисто або у співавторстві методичних матеріалів з даного методу НК (для III рівня кваліфікації).
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (тільки якщо заявник – приватна особа, резидент України).

Роботодавець гарантує оплату витрат на сертифікацію фахівця з НК та інспекційний контроль за його діяльністю протягом терміну дії сертифікату та кваліфікаційного посвідчення.

Керівник організації

_____ (підпис)

_____ (П.І.Б.)

Головний бухгалтер

_____ (підпис)

_____ (П.І.Б.)

Кандидат на сертифікацію

_____ (підпис)

_____ (П.І.Б.)

М.П.

Контактні телефони ОСП:

(044) 229-47-62

(044) 222-55-62

<http://www.osp.kiev.ua/>

форма Z-NPAOP

дата введення: 06.02.13

Керівнику
ОСП «УКРЕКСПЕРТ»

_____ (П.І.Б. кандидата)

_____ (місце роботи кандидата, поштова адреса)

код ЄДРПОУ: _____

контактний телефон: _____

ЗАЯВА

Прошу видати мені сертифікат компетентності _____ рівня кваліфікації з _____ методу неруйнівного контролю.

Отримуючи сертифікат, я, _____

_____ (П.І.Б. кандидата)

_____ (домашня адреса, дата і місце народження)

зобов'язуюсь:

- ✓ дотримуватись вимог "Правил сертифікації фахівців з неруйнівного контролю" **НПАОП 0.00-1.63-13** протягом усього терміну дії 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 «УКРЕКСПЕРТ» та не робити заяв відносно сертифікації, які ОСП «УКРЕКСПЕРТ» 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 «УКРЕКСПЕРТ» або його систему сертифікації, та повернути відповідні сертифікат та кваліфікаційне посвідчення, видані ОСП «УКРЕКСПЕРТ»;
- ✓ не використовувати сертифікат та кваліфікаційне посвідчення таким чином, щоб вони вводили в оману;
- ✓ зберігати записи про всі рекламачії до моєї роботи, пов'язані із сферою дії сертифікату та кваліфікаційного посвідчення.

Я звільняю ОСП «УКРЕКСПЕРТ» від відповідальності у зв'язку із скаргами, які можуть виникнути в результаті моєї діяльності як сертифікованого фахівця з НК.

Я не заперечую проти того, що інформацію про мене (прізвище, ім'я, по батькові, результати сертифікації) буде опубліковано у відкритій пресі, а також згоден з вимогами щодо інспекційного нагляду за моєю діяльністю, як сертифікованого фахівця з НК, з боку ОСП «УКРЕКСПЕРТ».

Зобов'язуюсь своєчасно, упродовж місяця, інформувати ОСП «УКРЕКСПЕРТ» про зміну місця роботи та проживання.

« _____ » _____ 20 _____ р.

_____ (підпис)



Будь ласка, акуратно поставте свій підпис у виділеному прямокутнику. Даний підпис буде внесено у Ваші сертифікат та кваліфікаційне посвідчення.

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 аномальності 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 «УКРЕКСПЕРТ»

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)

| <input type="checkbox"/> з коригуючими лінзами | <input type="checkbox"/> без коригуючих лінз | <input type="checkbox"/> з коригуючими лінзами | <input type="checkbox"/> без коригуючих лінз |
|---|---|---|---|
| Зблизька = 1,0 (J1) | | На віддаль = 0,8 | |
| Праве око | Ліве око | Праве око | Ліве око |
| <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |

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

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Здатність розрізняти кольори - у нормі | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
| Здатність розрізняти відрізняти відтінки сірого - у нормі | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |

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

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Має місце обмеження нормального поля зору | <input type="checkbox"/> так | <input type="checkbox"/> ні |
|---|------------------------------|-----------------------------|

дата проходження медогляду: « _____ » _____ 20__ р.

Лікар-окуліст _____
(П.І.Б.)

_____ (підпис)

М.П.

Надані в ОСП «УКРЕКСПЕРТ» медичні довідки повинні однозначно ідентифікуватися (П.І.Б. кандидата і лікаря, печатка закладу, що видав довідку).