



**ЗАЯВКА**  
на проведення сертифікації фахівця з неруйнівного контролю

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

код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

просить ОСП БГ провести сертифікацію компетентності фахівця \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

у відповідності із вимогами стандарту ISO 9712:2012.

**ОБЛАСТЬ СЕРТИФІКАЦІЇ**

**УВАГА!** Необхідно зробити відмітки типу «✓» або «✗» у виведених місцях «□». В розділах 1 і 2 відмітка повинна бути тільки одна. При заповненні розділу 3, якщо обрано сертифікацію в секторі промисловості, робити відмітки у підрозділі 3.1. не потрібно.

**1. Метод неруйнівного контролю:**

ультразвуковий	UT	<input type="checkbox"/>
візуальний	VT	<input type="checkbox"/>
капілярний	PT	<input type="checkbox"/>

**2. Рівень кваліфікації:**

перший	I	<input type="checkbox"/>
другий	II	<input type="checkbox"/>
третій	III	<input type="checkbox"/>

**3. Сектори**

**3.1. Сектори за технологією виготовлення**

1	Литво (с)	<input type="checkbox"/>
2	Поковки (f)	<input type="checkbox"/>
3	Зварні з'єднання (w)	<input type="checkbox"/>
4	Труби і трубки (t)	<input type="checkbox"/>
5	Продукція обробки (wp)	<input type="checkbox"/>

**3.2. Промислові сектори**

6	Виробництво (комбінація с, f, w, t та wp або деяких з них)	<input type="checkbox"/>
7	Контроль перед введенням та у процесі експлуатації, включно із виробництвом (комбінація с, f, w, t та wp або деяких з них)*	<input type="checkbox"/>
8	Обслуговування залізниці (комбінація с, f, w, t та wp або деяких з них)	<input type="checkbox"/>

\* номенклатура сектору 7 перекриває номенклатуру сектору 6

Стаж практичної роботи з даного методу НК: \_\_\_\_\_ років у секторах \_\_\_\_\_

(перелік секторів згідно розділу 3)

**Додатки:**

- Копія документу про освіту кандидата на сертифікацію.
- Копія паспорту кандидата на сертифікацію (сторінка з прізвищем).
- Документальне підтвердження стажу практичної роботи із заявленого методу НК – при первинній сертифікації;
- Копія сертифіката з даного методу НК з відмітками роботодавця - при розширенні сфери дії сертифікації, продовженні сертифікації або повторній сертифікації.
- Документ про спеціальну підготовку кандидата на сертифікацію, виданий визнаним ОСП БГ 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).
- Три фотокартки кандидата на сертифікацію розміром 3x4 см.
- Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера (тільки якщо заявник – фізична 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.)

(дата підписання)

Головний бухгалтер \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)

(дата підписання)

Кандидат на сертифікацію \_\_\_\_\_

(підпис)

(П.І.Б.)

(дата підписання)

М.П.



Керівнику ОСП БГ

(П.І.Б. кандидата)

(місце роботи кандидата, поштова адреса)

код ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_

контактний телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 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 стандарту **ISO 9712:2012** протягом усього терміну дії сертифікації;
- ✓ надавати ОСП БГ будь-яку додаткову інформацію, необхідну для сертифікації;
- ✓ проводити контроль тільки тим методом НК і у тих секторах продукції/промисловості, які вказані у сертифікаті та кваліфікаційному посвідченні;
- ✓ використовувати сертифікацію таким чином, щоб не дискредитувати ОСП БГ та не робити заяв відносно сертифікації, які ОСП БГ міг би розглядати як такі, що вводять в оману або недозволені;
- ✓ у разі позбавлення сертифікації припинити заяви про сертифікацію, що містять будь-яке посилення на ОСП БГ або його систему сертифікації, та повернути відповідні сертифікат та кваліфікаційне посвідчення, видані ОСП БГ;
- ✓ 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 БГ від відповідальності у зв'язку із скаргами, які можуть виникнути в результаті моєї діяльності як сертифікованого фахівця з НК.

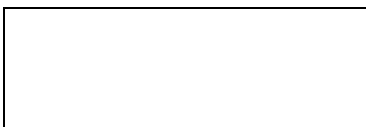
#### Я погоджуюсь:

- ✓ що інформація про мене (прізвище, ім'я, по батькові, результати сертифікації) буде опубліковано у відкритій пресі;
- ✓ з вимогами щодо інспекційного нагляду за моєю діяльністю, як сертифікованого фахівця з НК, з боку ОСП БГ;
- ✓ що ОСП БГ має право надавати додаткову інформацію органам влади (за відповідним запитом) отриману в результаті моєї сертифікації.

Зобов'язуюсь своєчасно, упродовж місяця, інформувати ОСП БГ 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 БГ

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
<b>Зблизька = 1,0 (J1)</b>		<b>На віддаль = 0,8</b>	
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 БГ медичні довідки повинні однозначно ідентифікуватися (П.І.Б. кандидата і лікаря, печатка закладу, що видає довідку).