**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВКИ (для юридических лиц)**

(оформляется на фирменном бланке организации)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года **Директору учебного центра**

**З А Я В К А Н А О Б У Ч Е Н И Е № \_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Краткое наименование компании:**

просит провести обучение и проверку знаний по курсу **«Безопасные методы и приемы выполнения работ на высоте без применения инвентарных лесов и подмостей, а также с применением систем канатного доступа»** следующих сотрудников:

| № | ФИО | должность | год рождения | Стаж работы на высоте. | Сведение о проверке знаний и наличие удостоверения охраны труда. | 1-я группа (рабочие) | 2-я группа (мастера, бригадиры) | 3-я группа (руководители, ответственные) в качестве:  ВЫБРАТЬ (не более двух позиций): | Кол-во смен стажировки  (не менее двух рабочих дней (смен).  устанавливается руководителем |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| А) проверка знаний безопасных методов и приемов выполнения работ на высоте в качестве члена аттестационной комиссии;  обучение персонала работам на высоте в качестве преподавателя или специалиста |
| Б) организация безопасного проведения работ на высоте, а также проведения инструктажей в качестве ответственного; |
| В) обслуживание и периодический осмотр СИЗ в качестве ответственного; |
| Г) право выдачи наряда-допуска; |
| Д) руководство работой на высоте, выполняемой по наряду-допуску, в качестве руководителя работ; |
| Е) контроль безопасности работ на высоте в качестве специалиста по охране труда; |
| Ж) утверждение ППР\* на высоте в качестве ответственного; |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*ППР - план производства работ

**Контактные данные аттестуемых лиц:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **Образование/квалификация** | **Номер и дата выдачи паспорта, название выдавшего паспорт органа** | **Телефон** | **E-mail** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

**Документы, подтверждающие прохождение медицинских осмотров, имеются и хранятся в отделе кадров организации**

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку ООО «СТЭ» своих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

**Реквизиты организации:**

Юридический адрес (с индексом):

Почтовый адрес: (с индексом):

ИНН/КПП организации:

ОГРН организации:

р/c:

в банке

к/с:

БИК:

Оплату услуг (*согласно данной заявке*) гарантирую

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

(должность) подпись Ф.И.О.

М.П.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Телефон (с кодом) |  | Факс  (с кодом) |  | e-mail |  |

**Примечание**\*

К заявке прикладываем:

1. Копия диплома об образовании.
2. Две фото 3\*4.
3. Копия удостоверения о проверке знаний требований охраны труда 40 часов.