|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование предприятия |  |
| Сокращенное наименование предприятия |  |
| Юридический адрес |  |
| Почтовый адрес |  |
| Идентификационный признак (ИНН) |  |
| Телефон/факс |  |
| E-mail |  |
| Контактное лицо (ФИО, телефон) |  |
| Дата оформления заявки |  |

**ЗАЯВКА НА ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ АТТЕСТАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА СВАРОЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА**

**№ \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**1. Общие сведения о специалисте**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. Фамилия, имя, отчество  |   |
| 1.2. Дата рождения  |   |
| 1.3. Образование и специальность  |   |
| 1.4. Учебное заведение (наименование, номер и дата выдачи документа)  |   |
| 1.5. Место работы (сокращенное наименование)  |   |
| 1.6. Должность  |   |
| 1.7. Стаж работы в области сварочного производства  |   |
| 1.8. Переподготовка по сварочному производству (наименование учебного заведения, номер и дата выдачи документа)  |   |
| 1.9. Сведения о независимой оценке квалификации  |  |
| 1.10. Номер аттестационного удостоверения, срок его действия  |  |
| 1.11. Номер(а) протокола(ов) аттестации  |  |
| 1.12. Гражданство  |  |

1. **Заявляемая к продлению область аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Вид производственной деятельности  |   |
| 2.2. Наименование групп технических устройств опасных производственных объектов  |   |

1. **Сведения о работе специалиста в период, прошедший после аттестации**
	1. **Вид производственной деятельности:** руководство и технический контроль за проведением сварочных работ, включая работы по технической подготовке производства сварочных работ, разработку производственно-технологической и нормативной документации
	2. Выполняемые работы за период действия аттестации*:*

|  |  |
| --- | --- |
| Группа ТУ ОПО  | Наименование объектов (проектов), перечень работ  |
|   |   |

* 1. **Вид производственной деятельности:** участие в работе органов по подготовке и аттестации сварщиков и специалистов сварочного производства

**3.4.** Выполняемые работы за период действия аттестации*:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа ТУ ОПО  | Наименование разработанных методических документов и пособий, количество подготовленных и(или) аттестованных сварщиков и специалистов сварочного производства  | Шифр ЦСП или шифр АЦСП  |
|   |   |   |

Нарушений установленных технологических требований, правил охраны труда и отстранений от работы не имел.

Прошу рассмотреть возможность продления срока действия аттестационного удостоверения специалиста на следующие виды производственной деятельности:

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** применительно к следующим группам ТУ ОПО:

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

Руководитель организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

 М.П. подпись

Руководитель организации-АЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. (при необходимости) М.П. подпись