ОБРАЗЕЦ ЗАЯВКИ

***(Оформляется на фирменном бланке организации)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Директору** **ЧОУ ДПО «Вектор Знаний» Брыжак М.А.** |

 Просим Вас провести обучение и проверку знаний по программе:

**- «Безопасные методы и приёмы выполнения работ в ограниченных и замкнутых пространствах»** работников организации:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность/ профессия** | **№ группы по безопасности****работ в ОЗП / в качестве кого****(см. примечание)** |
| **1 группа** |
| 1 | Петров Петр Петрович | Монтажник | работники, допускаемые к непосредственному выполнению работ в ОЗП в составе бригады или под непосредственным контролем работника, назначенного приказом работодателя, с учетом специфики конкретных объектов ОЗП |
| **2 группа** |
| 2 | Сидоров Сергей Петрович | Бригадир | 1) ответственные исполнители (производители) работ в ОЗП; 2) наблюдающие; 3) работники, в функции которых входит оценка параметров среды ОЗП, в том числе загазованности; 4) работники, руководящие спасением и эвакуацией, а также сами квалифицированно выполняющие эвакуацию и спасение (далее – работники, в функции которых входит спасение); 5) мастера, бригадиры, осматривающие место проведения работ, обеспечивающие подготовку к работе, умеющие определить опасности перед началом работ; работники, обеспечивающие безопасность работ в ОЗП во время их выполнения; |
| **3 группа** |
| 3 | Иванов Иван Иванович | Начальник  | 1) работники, назначаемые работодателем ответственными за организацию и безопасное проведение работ в ОЗП; 2) должностные лица, имеющие право выдавать наряд-допуск; 3) ответственные руководители работ, 4) члены экзаменационной комиссии по проверке знаний, умений и навыков безопасных методов и приемов выполнения работ в ОЗП |
|  |  |  |  |

***Примечание:***

***2 группа безопасности:***

 *- из 5 категорий выбираете необходимый (-ые) функционал (-ы) сотрудника, остальные необходимо исключить из списка,*

***3 группа безопасности:***

 *- из 4 категорий выбираете необходимый (-ые) функционал (-ы) сотрудника, остальные необходимо исключить из списка.*

Оплату гарантируем.

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

 (подпись руководителя) Ф.И.О.

М.П.Исполнитель

Ф.И.О., контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_