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