|  |  |
| --- | --- |
| **Заявление оформляется на фирменном бланке организации.**  При отсутствии фирменного бланка необходимо указать наименование организации, Ф.И.О. руководителя, юр. адрес, телефон для контакта, банковские реквизиты (ИНН, КПП, ОГРН) | Врио главного врача ФБУЗ  «Центр гигиены и эпидемиологии в Красноярском крае»  Д.А. Ходову  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Для ИП:** Ф.И.О., телефон, адрес, индекс почтового отделения, ИНН, ОГРНИП  конт. тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

на проведение специальной оценки условий труда (СОУТ)

Прошу Вас провести специальную оценку условий труда на следующих рабочих местах\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование структурного подразделения (при наличии) | Наименование должности, профессии | Количество рабочих мест, подлежащих специальной оценке условий труда |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

*\*При отсутствии перечня рабочих мест, подлежащих СОУТ, указывается перечень профессий, должностей работников согласно штатному расписанию организации.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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

Руководитель (Ф.И.О.) (подпись)

Дата