(На бланке организации)

Главному врачу

ФБУЗ «Центр гигиены и

эпидемиологии в Смоленской области»

Е.Г.Майоровой.

г. Смоленск, Тульский пер, д.12

**Заявка**

**на проведение специальной оценки условий труда**

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит оказать услуги по проведению специальной оценки условий труда (СОУТ).

Перечень рабочих мест прилагается к заявке.

Рабочие места территориально расположены по адресу:

(указать населенный пункт (или регион) фактического расположения рабочих мест, на которых будет

проводиться специальная оценка условий труда)

Реквизиты Заказчика:

(Полное и сокращенное наименование организации (по Уставу), место нахождения, телефон, факс, e-mail, ИНН, КПП, ОГРН, банковские реквизиты, ФИО руководителя (полностью), на основании какого документа действует (устав, положение и т.д.)

Контактное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность Фамилия И.О. телефон:

e-mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность руководителя подпись Фамилия И.О.

МП

Приложение к заявке на проведение СОУТ

**ПЕРЕЧЕНЬ РАБОЧИХ МЕСТ**

**ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА**

(наименование организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Структурное подразделение и наименование рабочего места (должность или профессия) в соответствии со штатным расписанием | Количество фактически работающих человек на рабочем месте | Сменность (смен/чел. в смену)  *(для тех, у кого имеется)* | Наличие ранее проведенной аттестации рабочего места или СОУТ  *(да/нет)* | Класс условий труда по результатам аттестации рабочих мест или СОУТ  *(при наличии)* |
|
|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

Должность руководителя подпись Фамилия И.О.

МП