

В Уполномоченную квалификационную организацию по сертификации персонала в области неразрушающего контроля Аттестационный центр «ТРАНССИБ»

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
НА СЕРТИФИКАЦИЮ НА II УРОВЕНЬ КВАЛИФИКАЦИИ**

На основании приведенных ниже сведений прошу допустить меня к сдаче квалификационных экзаменов и провести сертификацию на II уровень квалификации по акустическому виду неразрушающего контроля (НК) детали и составные части вагонов при ремонте

(вид продукции)

в соответствии с правилами сертификации «Система сертификации персонала в области неразрушающего контроля» (рег. № РОСС.RU. 0001.03Н300).

**1. ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ**

1.1	Фамилия, имя, отчество	<b>Иванов Иван Иванович</b>
1.2	Дата рождения	<b>10.04.1966</b>
1.3	Паспортные данные	<b>0000 000000, выдан 10.04.1983 г, УВД г. Нска</b>
1.4	Место жительства, телефон (код, номер)	<b>г. Нск, ул. Нская, д. 5, кв. 25, +7-913-000-00-00</b>

**2. ДАННЫЕ О МЕСТЕ РАБОТЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ**

2.1	Место работы (полное наименование предприятия, организации, института, подразделения)	<b>Вагонное ремонтное депо Нск – СП Акционерное общество «Нское»</b>
2.2	Адрес, телефон /телефакс	<b>г. Нск, ул. Нская, д. 52, +7-(333)-000-00-00</b>
2.3	Должность	<b>дефектоскопист</b>

**3. СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ**

3.1	Высшее <input type="checkbox"/>	Среднее специальное <input type="checkbox"/>	Среднее <input checked="" type="checkbox"/>	
3.2	Учебное заведение (название)	<b>Средняя школа №101 города Нска</b>		
3.3	Специальность	-		
3.4	№ диплома (аттестата) мес., год	<b>№254, 02.1983</b>		
3.5	Переподготовка по НК (Учебное заведение, специальность, № диплома, мес., год)	<b>СГУНС, дефектоскопист по магнитному и ультразвуковому контролю, №2564, 02.2015 г</b>		
3.6	Повышение квалификации по НК			
	Метод	Место обучения	Объем часов	Дата (год)
	<b>акустический</b>	<b>СНИИМ, г. Томск</b>	<b>46</b>	<b>2000</b>
<b>акустический</b>	<b>ЦСМ, г Кемерово</b>	<b>42</b>	<b>2003</b>	

**4. СВЕДЕНИЯ О ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

4.1	Общий стаж работы по НК	<u>12</u> лет
4.2	Характер деятельности в настоящее время (Отметьте знаком "X")	
	Практический контроль под руководством специалиста, без выдачи заключения (в соответствии с квалификацией по 1 уровню)	<input checked="" type="checkbox"/>
4.3	Практический контроль с выдачей заключения (по 2 уровню)	<input checked="" type="checkbox"/>
	Продолжительность практической деятельности за последние 2 года в соответствии с квалификацией специалиста	<u>24</u> мес.

**5. СВЕДЕНИЯ О СДАННЫХ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ЭКЗАМЕНАХ ДЛЯ ПРЕДСТОЯЩЕЙ СЕРТИФИКАЦИИ**

Вид, метод контроля	Уровень	Вид экзамена	Место сдачи	№ протокола	Дата

**6. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОСТАТОЧНОСТИ ЗРЕНИЯ**

Достаточность зрения для работы по неразрушающему контролю подтверждена заключением врача Петрова П.П., выданным (Фамилия И.О.)

23.05.2015  
(дата)

1-я клиническая больница г. Нск  
(медицинское учреждение)

- Приложения:
1. Копия диплома (аттестата).
  2. Выписка (копия) из трудовой книжки.
  3. Копии удостоверений об окончании курсов и повышения квалификации по НК.
  4. Фотография (3 x 4 см) - 2 шт.

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Иванов И.И.  
(Фамилия И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_ г.

**Правильность сведений, приведенных в п.п. 2, 4 и 6 настоящей формы ПОДТВЕРЖДАЮ.**

Руководитель (уполномоченный) организации-работодателя \_\_\_\_\_ /

Петров П.П.  
(Фамилия И.О.)

