Исх.№ от Руководителю Аттестационного центра

№ АЦСНК- 21 АНО «ВРАЦ» В.А. Викулову

Тел. (8172) 27-23-03

Факс (8172)28-10-03

E-mail: [labvrac@weld35.ru](mailto:labvrac@weld35.ru)

**ЗАЯВКА НА ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ АТТЕСТАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ**

**СПЕЦИАЛИСТА НЕРАЗРУШАЮЩЕГО КОНТРОЛЯ**

Полное наименование заявителя аттестации

(Фамилия, имя, отчество заявителя – физического лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес (место нахождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес (адрес регистрации для физического лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес (E-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо (ФИО, телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата оформления заявки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявка на продление срока действия аттестационного удостоверения**

**специалиста неразрушающего контроля**

**№\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_ г.1**

1. **Общие сведения о специалисте неразрушающего контроля**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место работы (сокращенное наименование, адрес места нахождения, телефон) |  |
| Номер аттестационного удостоверения, срок его действия |  |

1. **Заявляемая к продлению область аттестации2**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень аттестации |  |
| Метод (вид) контроля |  |
| Объекты контроля (технические устройства) |  |

1 Заполняется АЦСНК

2 Указывают параметры, соответствующие области распространения аттестации действующего удостоверения

Руководитель организации – заявителя

(или заявитель – физическое лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП подпись ФИО

Приложения:

- действующее аттестационное удостоверение;

- справка о работе специалиста в период действия аттестационного удостоверения;

- одна цветная фотография без уголка (3х4 см).

- согласие на обработку персональных данных;

- копия медицинского заключения в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 28.01.2021 г. №29н и Приказа Минтруда №988н, Минздрава России №1420н от 31.12.2020 г.;

- для III уровня аттестации – сведения о деятельности специалиста за время действия удостоверения с системой балльной оценки (при наличии).

**\*-Все предоставляемые документы должны быть заверены печатью организации**