**СПРАВКА**

**о профессиональной пригодности для выполнения работ по неразрушающему контролю.**

Выдана

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

(фамилия, имя, отчество; год рождения)

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

(предприятие, должность)

**1. По результатам проверки острота зрения составляет:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с корректирующими линзами | без корректирующих линз | с корректирующими линзами | без корректирующих линз |
| Вблизи | | Вдаль | |
| Правый глаз | Левый глаз | Правый глаз | Левый глаз |
|  |  |  |  |

**2. По результатам проверки восприятия цветов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Способность различать цвета – в норме | да | нет |
| Способность различать оттенки серого – в норме | да | нет |

**3. По результатам проверки пространственного зрения:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обнаружено ограничение нормального поля зрения | да | нет |

**Врач-офтальмолог** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия и.о.)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г.

**4. Заключение терапевта о профессиональной пригодности:**

Негоден / годен (нужное подчеркнуть) для выполнения работ по

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

(перечислить методы НК)

технических устройств, зданий и сооружений на опасных производственных объектах.

**Врач-терапевт** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия и.о.)

**М.П.** «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г.

\* - для предъявления в Независимый орган по аттестации персонала в области неразрушающего контроля согласно ПБ 03-440-02