|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование заявителя аттестации (Фамилия, имя, отчество заявителя - физического лица) |  |
| Адрес (место нахождения) |  |
| Почтовый адрес (адрес регистрации для физического лица) |  |
| ИНН |  |
| Телефон |  |
| Электронный адрес |  |
| Контактное лицо (ФИО, телефон)  |  |
| Дата оформления заявки |  |

**Заявка на продление срока действия аттестационного удостоверения специалиста неразрушающего контроля**

**№ \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.1**

1. **Сведения о специалисте неразрушающего контроля**

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

1. **Заявляемая к продлению область аттестации2**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Руководитель организации-заявителя (или заявитель - физическое лицо) |  |  |
| М.П. | подпись | Ф.И.О. |

Приложения:

* действующее(ие) аттестационное(ые) удостоверение(я);
* 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

Справка оформляется на фирменном бланке организации

**Справка о работе специалиста в период действия**

**аттестационного удостоверения**

Исх. \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СПРАВКА**

о работе специалиста в период действия аттестационного удостоверения

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

(Фамилия, имя, отчество специалиста)

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

(Наименование организации)

проводил работы по методу (виду) неразрушающего контроля \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Объект(ы) контроля и технические устройства | Наименование объекта работ | Период проведения работ |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1) Указывается в соответствии с Приложением № 9.2) Перерыв в работе может составлять не более 6 месяцев |

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

ФИО

Должность

Подпись

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись ФИО

М.П.