**Документы,**

**которые необходимо предоставить образовательному учреждению в испытательную лабораторию для проведения работ по аттестации рабочих мест:**

1. Внутренний приказ о проведении аттестации рабочих мест (электронная копия);
2. ЗАЯВКА на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда *(Приложение № 2.1)*;
3. Заполненная *Таблица № 1* к Заявке на проведение аттестации рабочих мест (электронная копия);
4. Штатное расписание, коллективный договор, правила внутреннего трудового распорядка (электронные копии);
5. Должностные инструкции на каждое рабочее места (электронные копии), фотографии рабочего дня *(Приложение № 2.2)*;
6. Инструкции по охране труда на каждое рабочее место (электронные копии);
7. Журналы по охране труда (изучаются непосредственно на рабочем месте);
8. Заполненная *Таблица № 3 № «*Гарантии и компенсации работникам*»*;
9. Заполненная *Таблица № 4 «*Периодичность медицинских осмотров*»*;
10. Заполненная *Таблица № 5 «*Сведения по травмобезопасности на рабочем месте*»*;
11. Поэтажный план здания (электронные копии);
12. Чистые окна и осветительные приборы;
13. Все осветительные приборы, системы вентиляции, кондиционирования и аэроионизации должны находиться в исправном состоянии.
14. Присутствие работника, чье место проводится оценке.

*Приложение № 2.1*

 Ректору КРИПКиПРО

Красношлыковой О.Г.

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

 (должность) (организация)

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

(город)

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

(Ф.И.О.)

ЗАЯВКА на проведение

аттестации рабочих мест по условиям труда

Просим Вас провести аттестацию рабочих мест по условиям труда. Таблица № 1 с наименованиями услуг прилагается.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

***Таблица № 1***

**к ЗАЯВКЕ на проведение**

**аттестации рабочих мест по условиям труда**

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

 (наименование организации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № рабочего места | Наименование профессии или должности | Код профессии, должности по ОК 016-94 | Количество работающих | Из них женщин | Место проведения измерений факторов производственной среды и трудового процесса | Карта аттестации рабочего места | Ведомость рабочего места по подразделению | Сводная ведомость рабочих мест организации | План мероприятий по улучшению труда в организации | Подготовка перечня рабочих мест и договорных документов | Оцениваемые факторы | СИЗ | Травмобезопасность |
| Время их воздействия в часах (процентах к продолжительности смены) |
| физические | Тяжесть труда | Напряженность труда |
| шум | инфразвук | Вибрация общая | Вибрация локальная | Электромагнитное, электростатическое поле от ВДТ | Электромагнитное поле промышленной частоты 50Гц | Микроклимат (без замера индекса тепловой нагрузки среды) | Микроклимат (с замером индекса тепловой нагрузки среды) | Световая среда (рабочее место оборудованное ВДТ) | Световая среда (рабочее место не оборудованное ВДТ) | Аэроионный состав воздуха | Ультрафиолетовое излучение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Таблица № 3*

**Гарантии и компенсации работникам**

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

№ рабочего места (из таблицы № 1 к Заявке на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда), наименование организации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Вид гарантий и компенсаций | наличие и размер компенсаций | основание |
| 1.  | Размер повышения оплаты труда работников в % (факторы, его обусловливающие) <\*>  |  |  |
| 2.  | Дополнительный отпуск (рабочих дней)  |  |  |
| 3. | Продолжительность рабочей недели (час.)  |  |  |
| 4. | Молоко или другие равноценные пищевыепродукты  |  |  |
| 5. | Лечебно- профилактическоепитание  |  |  |
| 6. | Досрочное назначение трудовойпенсии по старости <\*>  |  |  |

 <\*> При работе мужчин и женщин в числителе приводятся сведения для мужчин, в знаменателе - для женщин.

*Таблица № 4*

**Периодичность медицинских осмотров**

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

 (наименование организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № рабочего места**\*** | периодичность | основание |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*** Из таблицы № 1 к Заявке на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда

*Таблица № 5*

**Сведения по травмобезопасности на рабочем месте**

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

 (наименование организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № рабочего места**\*** | СИЗприменяемые работником | Наличие сертификата на СИЗ (электронная копия) | Наименование оборудования применяемого на рабочем месте (компьютер, принтер, сканер, интерактивная доска, рабочие станки, слесарный инструмент и.т.д.). |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**\*** Из таблицы № 1 к Заявке на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда

*Приложение № 2.2*

**ФОТОГРАФИЯ РАБОЧЕГО ДНЯ**

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

(наименование организации)

№ рабочего места**\***:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Наименование профессии или должности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проведения измерений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С \_\_\_\_ч\_\_\_\_\_мин

Дата наблюдения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До\_\_\_\_ч\_\_\_\_\_мин

Ф.И.О. наблюдаемого:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Баланс рабочего времени

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Затраты рабочего времени | Сумма затрат времени |
| минуты | % |
| 1 | Подготовительно-заключительное время (на подготовку к началу работы и время на окончание) |  |  |
| 2 | Оперативное время (время на выполнение основного задания) |  |  |
| 3 | Обслуживание рабочего места (осмотр, смазка, чистка) |  |  |
| 4 | Перерывы на отдых и личные надобности  |  |  |
| 5 | Время работы за компьютером |  |  |
| 6 | Время работы стоя |  |  |

2. Замечания наблюдателя при проведении замеров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3. Выводы и предложения наблюдателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** Из таблицы № 1 к Заявке на проведение аттестации рабочих мест по условиям труда

Составил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность (подпись) Ф.И.О. (дата)

Непосредственный

руководитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 должность (подпись) Ф.И.О. (дата)