Приложение

к Межотраслевым правилам

(в ред. [Приказа](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=98081;fld=134;dst=100045) Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2010 N 28н)

Лицевая сторона личной карточки

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА N \_\_\_

учета выдачи СИЗ

Фамилия {lastName}

Пол {sex}

Имя {firstName} Отчество {middleName}

Рост \_\_\_\_\_

Табельный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Размер:

Структурное подразделение {structuralSubdivision}

одежды \_\_\_\_\_

Профессия (должность) {position}

обуви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления на работу {startWorkDate}

головного убора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата изменения профессии (должности) или противогаза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

перевода в другое структурное подразделение респиратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рукавиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

перчаток \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предусмотрена выдача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование типовых (типовых отраслевых) норм)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование СИЗ | Пункт типовых норм | Единица измерения | Количество на год |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Оборотная сторона личной карточки

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наимено- вание  СИЗ | N серти- фиката  или де-  кларации соответ- ствия | Выдано | | | | Возвращено | | | | |
| дата | ко-  ли-  чес- тво | %  из-  носа | подпись полу-  чившего СИЗ | дата | коли- чест- во | %  из-  носа | подпись сдавше- го СИЗ | подпись  приняв-  шего СИЗ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |