ФИРМЕННЫЙ БЛАНК ПРЕДПРИЯТИЯ

Исх. №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Начальнику

Службы по экологическому и технологическому надзору

Республика Крым

Козлову П.Н.

Заявление.

Прошу провести проверку знаний вотраслевой комиссии службы по экологическому и технологическому надзору Республики Крым по проверке знаний норм и правил в области энергетического надзора у работника:

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

(полное наименование предприятия/организации, индивидуального предпринимателя,

сокращения в соответствии с уставом)

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон, факс, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ОГРН **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия, имя, отчество **(полностью)**, подлежащего проверке знаний |  |
| 2 | Занимаемая должность |  |
| 3 | Категория персонала (указать нужное):  - административно-технический;  - оперативно-ремонтный;  - ремонтный;  - оперативный;  - инспектирующий |  |
| 4 | Имеющаяся группа по электробезопасности |  |
| 5 | Дата последней проверки знаний |  |
| 6 | Группа по электробезопасности, на которую проводится проверка знаний |  |
| 7 | Право проведения специальных работ (написать какие при необходимости) |  |
| 8 | Повышение квалификации (учебный центр, дата) |  |

Копию документа подтверждающего предыдущую группу по электробезопасности

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП (подпись) Ф.И.О.