

**Декларация соответствия  
условий труда государственным нормативным  
требованиям охраны труда**

Государственное автономное учреждение здравоохранения "Областная детская клиническая больница"

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,

460006, г. Оренбург, ул. Рыбаковская, д. 3;

место нахождения и место осуществления деятельности,

5612167767

идентификационный номер налогоплательщика,

1175658013574

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

1. Электромеханик по ремонту и обслуживанию электронной медицинской аппаратуры; 1 чел.

(наименование должности, профессии или специальности работника (работников), занятого (занятых) на рабочем месте (рабочих местах),

индивидуальный номер (номера) рабочего места (рабочих мест), численность занятых работников в отношении каждого рабочего места)

по результатам идентификации не выявлены вредные и (или) опасные производственные факторы или условия труда по результатам исследований (испытаний) и измерений вредных и (или) опасных производственных факторов признаны оптимальными или допустимыми, условия труда соответствуют государственным нормативным требованиям охраны труда.

Декларация подана на основании

Заключение эксперта № 5841/2019 от 19.11.2019 - Выдманов Владимир Александрович (№ в реестре: 295);

Протоколы № 5841/2019/1- ТМ от 18.11.2019

(реквизиты заключения эксперта организации, проводившей специальную оценку условий труда, и (или) протокола (протоколов) проведения исследований (испытаний) или измерений вредных и (или) опасных производственных факторов

Специальная оценка условий труда проведена

Испытательная лаборатория ООО "Юркон", 460035, Россия, Оренбургская область, г. Оренбург, ул. Новгородская/ Комсомольская, д. 99/231; Общество с ограниченной ответственностью "Юркон";

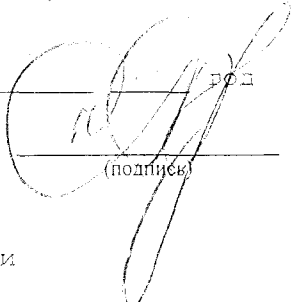
(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 116

регистрационный номер в реестре организаций, проводящих специальную оценку условий труда)

Дата подачи декларации " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ г.

М.П.



(подпись)

Главный врач - Чолоян Салим Бахшоевич

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

(наименование территориального органа Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)

(дата регистрации)

(регистрационный номер)

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия должностного лица территориального органа  
Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)