

Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда 1040

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевой клинический кожно – венерологический диспансер»

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

Фактический адрес: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Тамарника, 18 в.

подавшего декларацию, место нахождения и место осуществления деятельности,

Юридический адрес: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Тамарника, 18 в.

ИНН 2538006412, ОГРН 1022501903710

идентификационный номер налогоплательщика, основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

1 **Специалиста по охране труда, 1, 1**

2 **Бухгалтера, 27, 1**

3 **Кассира, 28, 1**

4 **Оператора ЭВМ, 29, 1**

5 **Начальника хозяйственной службы, 30, 1**

6 **Администратора, 78, 1**

(наименование должности, профессии или специальности работника (работников), занятого (занятых) на рабочем месте (рабочих местах), индивидуальный номер (номер) рабочего места (рабочих мест), численность занятых работников в отношении каждого рабочего места)

не выявлены вредные и (или) опасные производственные факторы, условия труда соответствуют государственным нормативным требованиям охраны труда.

Декларация подана на основании **Заключения эксперта от 28.07.2015 г. № 334/15**

(реквизиты заключения эксперта организации, проводившей специальную оценку условий труда)

Специальная оценка условий труда проведена **Общество с ограниченной ответственностью «Дальневосточный региональный центр охраны труда»**

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

регистрационный номер № 9 от 04.03.2015 г.

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

Дата подачи декларации « 08 октября 20 15 г.



Сведения о регистрации декларации **

[Handwritten signature]
(подпись) *

Шавкиев Фроц Сергеевич
(инициалы фамилия) *

Федеральная инспекция по труду в г. Севастополе
(наименование территориального органа Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)

16.09.2015
(дата регистрации)

1040
(регистрационный номер)

М.П.

(подпись)

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

* Декларация подписывается руководителем юридического лица и заверяется его печатью, либо подписывается лично индивидуальным предпринимателем.

** Заполняется территориальным органом Федеральной службы по труду и занятости в случае поступления декларации на бумажном носителе. При подаче декларации в электронном виде данная информация заполняется автоматически с учетом места нахождения рабочих мест, в отношении которых подается декларация