

Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Детский санаторий № 2"

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

644073, г. Омск, ул. 2-Любинская, д. 2;

место нахождения и место осуществления деятельности,

5507038138

идентификационный номер налогоплательщика,

1025501387438

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

1. Медицинский психолог; номер рабочего места 1; 1 чел.

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

2. Курьер; номер рабочего места 2; 1 чел.

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 :

Заключения эксперта № 079-2019-3Э от 29.04.19 (эксперт Снигирёва О.В., № 2087 в реестре экспертов)

(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

Общество с ограниченной ответственностью "Экспертиза безопасности труда";

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 270

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

Дата подачи декларации «22» мая 2019 г.

М.П.

(подпись)

Козлов Олег Константинович

(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)