Личная карточка № _____ учета выдачи средств индивидуальной защиты

| Фамилия | | | Пол | | | |
|---|--|--------------|----------|---------------|--------|--|
| Имя | | | Pocm | | | |
| Отчество | | | Разме | p: | | |
| Табельный номер | | | одеж | ды | | |
| Структурное подразделение | | | обуви | | | |
| Профессия (должность) | | | головн | юго убора | | |
| Дата поступления на работу | | | проті | <i>вогаза</i> | | |
| Дата изменения профессии | менения профессии сти) или перевода в пруктурное ление | | | ратора | | |
| другое структурное | | | рукаві | иų | | |
| подразделение | | | перчаток | | | |
| Предусмотрена выдача: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| (На | ти) или перевода в руктурное рукавиц ение перчаток трена выдача: (Наименование типовых (типовых отраслевых) норм) | | | | | |
| - · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | Пункт типо | вых | Единица | | |
| | | отраслевых і | норм | измерения | на год | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(подпись, Ф. И. О.)

Руководитель структурного подразделения: _____

| | № сертификата | Выдано | | | Возвращено | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|--------|--------|--------|--------------------|------|--------|--------|-----------------|-------------------|
| Наименование средств | или | Дата | Кол-во | % | Подпись | Дата | Кол-во | % | Подпись | Подпись |
| индивидуальной защиты | декларации соответствия | | | износа | получившего СИЗ | | | износа | сдавшего СИЗ | принявшего СИЗ |
| | соответствия | | | | CVIS | | | | CHS | CVIS |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |