

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

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЭНГЕЛЬССКАЯ РАЙОННАЯ СТАНЦИЯ ПО БОРЬБЕ С
БОЛЕЗНЯМИ ЖИВОТНЫХ**

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,
413113, Саратовская обл., г. Энгельс, ул. Ветеринарная, д.8

; место нахождения и место осуществления деятельности,

6449970686

идентификационный номер налогоплательщика,

1046404900739

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

1. Химик; номер рабочего места 1; 1 чел.

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

2. Менеджер по качеству; 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

ЗЭ-514/2020 от 16.06.2020

(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

ООО Аналитическая лаборатория "Партнер";

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 83

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

Дата подачи декларации «__» _____

М.П.

(подпись)

Кукаркин Андрей Петрович

(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)