

# ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ОСП  
\_\_\_\_\_ В.С. Ползикова

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200 г.

## АКТ инспекционного контроля

Инспекционный контроль проведен в соответствии с требованиями п. 5.8 ТКП 5.1.06 "Национальная система подтверждения соответствия Республики Беларусь. Порядок сертификации компетентности персонала. Основные положения» и РД СМК 10-05 «Порядок проведения и оформления результатов инспекционного контроля сертифицированного персонала».

### 1. Контрольный лист

1.1 Сведения о специалисте	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Домашний адрес	
Телефон	
Место работы	
Телефон	
Дата последнего медосмотра	
1.2 Сведения о практической деятельности специалиста	
Метод НК	<b>Ультразвуковой</b>
Уровень квалификации	
Номер сертификата компетентности, дата выдачи	
Производственные сектора	
При каких видах деятельности проводится контроль (диагностика, ремонт, изготовлении и пр.)	
НТД по контролю (наименование, идентификационный номер)	
Приборы, которыми проводится контроль (тип)	
Какие типы преобразователей используются	

Как проводится подготовка поверхности объекта контроля	
Как часто проводятся работы по контролю (количество в неделю или в месяц)	
Дата и номер трех последних заключений	
Допускались ли нарушения в работе (да, нет, если да, то какие, когда)	
Дата и место прохождения последней периодической аттестации	
Сведения о повышении квалификации (дата и наименование курса обучения или учебного семинара)	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Достоверность приведенной информации подтверждаю:

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя  
предприятия/лаборатории

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**М.П.**

## II. Результаты проверки знаний сертифицированного специалиста

Оцениваемые параметры	Полученная оценка %	Требование документа РД-10-05
Теоретические знания		Не менее 70%
Практические навыки		Не менее 70%

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. экзаменатора

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## III. Оценка результатов инспекционного контроля сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Рекомендации эксперта по сертификации:

Сертификат действителен	
Сертификат может быть аннулирован	
Действительность сертификата может быть подтверждена после сдачи экзамена	
Сертификат может быть продлен на новый пятилетний срок	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

*Орган по сертификации персонала "Профсертико"*

**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

( что, когда закончил, специальность)

Знание иностранных языков \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Почтовый адрес предприятия \_\_\_\_\_

Служебный телефон \_\_\_\_\_

Метод неразрушающего контроля \_\_\_\_\_

Уровень квалификации, на который претендует специалист \_\_\_\_\_

Производственный сектор (вид контролируемой продукции) \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_



Пожалуйста, распишитесь аккуратно в выделенном прямоугольнике. Данная подпись будет внесена в Ваш сертификат

**ЗАЯВКА**

**на сертификацию**

в соответствии с СТБ ЕН 473-2005 (EN 473:2000)

---

(фамилия, имя, отчество кандидата)

**1. Личные данные кандидата**

Образование, в т.ч. по НК \_\_\_\_\_  
(специальность, что закончил, когда, копия документа)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

**2. Данные для сертификации кандидата**

Метод НК \_\_\_\_\_

Уровень \_\_\_\_\_

Производственный сектор \_\_\_\_\_

\* Стаж работы по  
заявляемому методу \_\_\_\_\_

\* Состояние зрения \_\_\_\_\_  
(дата медицинского осмотра)

**3. Сертификация**

**первичная**

**расширение области сертификации**

**продление сертификата**

---

(срок окончания действия сертификата)

**4. Служебные данные кандидата**

Место работы \_\_\_\_\_  
Должность \_\_\_\_\_  
Адрес предприятия \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Служебный телефон, факс \_\_\_\_\_

\*\*Банковские реквизиты р/с \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(код банка)

\*\*Руководитель  
предприятия

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**М.П.**

## 5. Заявление

Заявляю о своем согласии соблюдать профессионально-этические нормы персонала по неразрушающему контролю в течение всего периода, пока я буду владеть сертификатом компетентности. Принимаю к сведению, что в случае нарушения мною этих норм ОСП имеет право аннулировать сертификат.

Подтверждаю, что полученные от меня сведения соответствуют действительности. ОСП может запросить любую информацию, которая необходима для проверки данных, требуемых для сертификации.

Освобождаю ОСП от ответственности в связи с жалобами, которые могут появиться в результате моей деятельности как специалиста, прошедшего сертификацию.

Обязуюсь сохранять записи о всех рекламациях к моей работе, связанных с областью сертификата компетентности.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. кандидата)

(подпись)

### \*К заявке прилагаются:

1. Справка, подтверждающая стаж практической работы по данному методу контроля;
2. Справка о состоянии здоровья (остроте зрения, цветовом зрении).

\*\* Не заполняется, если сертификацию оплачивает сам кандидат.

## 6. Дополнительная информация

Оплата за сертификацию производится на основании договора с Органом по сертификации до начала экзамена.

Время и место проведения квалификационного экзамена сообщается в вызове, который ОСП направляет на предприятие заблаговременно.

**ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА «Профсертико»**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ОСП  
\_\_\_\_\_ В.С. Ползикова  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200 г.

**АКТ**

**инспекционного контроля**

Инспекционный контроль проведен в соответствии с требованиями п. 5.8 ТКП 5.1.06. "Национальная система подтверждения соответствия Республики Беларусь. Порядок сертификации компетентности персонала. Основные положения» и РД СМК 10-05 «Порядок проведения и оформления результатов инспекционного контроля сертифицированного персонала».

**2. Контрольный лист**

<b>1.1 Сведения о специалисте</b>	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Домашний адрес	
Телефон	
Место работы	
Телефон	
Дата последнего медосмотра	
<b>1.2 Сведения о практической деятельности специалиста</b>	
Метод НК	<b>Радиографический</b>
Уровень квалификации	
Номер сертификата компетентности, дата выдачи	
Производственные сектора	
При каких видах деятельности проводится контроль (диагностика, ремонт, изготовлении и пр.)	
НТД по контролю (наименование, идентификационный номер)	
Приборы, которыми проводится контроль (тип)	
Какие типы пленок используются при контроле	
Какие эталоны чувствительности используются при контроле	

Как часто проводятся работы по контролю (количество в неделю или в месяц)	
Дата и номер трех последних заключений	
Допускались ли нарушения в работе (да, нет, если да, то какие, когда)	
Дата и место прохождения последней периодической аттестации	
Сведения о повышении квалификации (дата и наименование курса обучения или учебного семинара)	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Достоверность приведенной информации подтверждаю:

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя  
предприятия/лаборатории

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**М.П.**

## II. Результаты проверки знаний сертифицированного специалиста

Оцениваемые параметры	Полученная оценка %	Требование документа РД-10-05
Теоретические знания		Не менее 70%
Практические навыки		Не менее 70%

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. экзаменатора

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## III. Оценка результатов инспекционного контроля сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Рекомендации эксперта по сертификации:

Сертификат действителен	
Сертификат может быть аннулирован	
Действительность сертификата может быть подтверждена после сдачи экзамена	
Сертификат может быть продлен на новый пятилетний срок	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА «Профсертико»**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ОСП

\_\_\_\_\_ В.С. Ползикова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г.

**АКТ  
инспекционного контроля**

Инспекционный контроль проведен в соответствии с требованиями п. 5.8 ТКП 5.1.06. "Национальная система подтверждения соответствия Республики Беларусь. Порядок сертификации компетентности персонала. Основные положения» и РД СМК 10-05 «Порядок проведения и оформления результатов инспекционного контроля сертифицированного персонала».

**3. Контрольный лист**

<b>1.1 Сведения о специалисте</b>	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Домашний адрес	
Телефон	
Место работы	
Телефон	
Дата последнего медосмотра	
<b>1.2 Сведения о практической деятельности специалиста</b>	
Метод НК	<b>Визуальный</b>
Уровень квалификации	
Номер сертификата компетентности, дата выдачи	
Производственные сектора	
При каких видах деятельности проводится контроль (диагностика, ремонт, изготовлении и пр.)	
НТД по контролю (наименование, идентификационный номер)	
Приборы, которыми проводится контроль (тип)	
Какая чувствительность обеспечивается при контроле	

Как осуществляется подготовка поверхности объекта контроля	
Как часто проводятся работы по контролю (количество в неделю или в месяц)	
Дата и номер трех последних заключений	
Допускались ли нарушения в работе (да, нет, если да, то какие, когда)	
Дата и место прохождения последней периодической аттестации	
Сведения о повышении квалификации (дата и наименование курса обучения или учебного семинара)	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Достоверность приведенной информации подтверждаю:

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя  
предприятия/лаборатории

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

М.П.

## II. Результаты проверки знаний сертифицированного специалиста

Оцениваемые параметры	Полученная оценка %	Требование документа РД-10-05
Теоретические знания		Не менее 70%
Практические навыки		Не менее 70%

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. экзаменатора

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## III. Оценка результатов инспекционного контроля сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Рекомендации эксперта по сертификации:

Сертификат действителен	
Сертификат может быть аннулирован	
Действительность сертификата может быть подтверждена после сдачи экзамена	
Сертификат может быть продлен на новый пятилетний срок	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА «Профсертико»**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ОСП  
\_\_\_\_\_ В.С. Ползикова  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г.

**АКТ  
инспекционного контроля**

Инспекционный контроль проведен в соответствии с требованиями п. 5.8 ТКП 5.1.06. "Национальная система подтверждения соответствия Республики Беларусь. Порядок сертификации компетентности персонала. Основные положения» и РД СМК 10-05 «Порядок проведения и оформления результатов инспекционного контроля сертифицированного персонала».

**4. Контрольный лист**

<b>1.1 Сведения о специалисте</b>	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Домашний адрес	
Телефон	
Место работы	
Телефон	
Дата последнего медосмотра	
<b>1.2 Сведения о практической деятельности специалиста</b>	
Метод НК	<b>Вихретоковый</b>
Уровень квалификации	
Номер сертификата компетентности, дата выдачи	
Производственные сектора	
При каких видах деятельности проводится контроль (диагностика, ремонт, изготовлении и пр.)	
НТД по контролю (наименование, идентификационный номер)	
Приборы, которыми проводится контроль (тип)	
Какие типы преобразователей используются	

Как часто проводятся работы по контролю (количество в неделю или в месяц)	
Дата и номер трех последних заключений	
Допускались ли нарушения в работе (да, нет, если да, то какие, когда)	
Дата и место прохождения последней периодической аттестации	
Сведения о повышении квалификации (дата и наименование курса обучения или учебного семинара)	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Достоверность приведенной информации подтверждаю:

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя  
предприятия/лаборатории

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**М.П.**

## II. Результаты проверки знаний сертифицированного специалиста

Оцениваемые параметры	Полученная оценка %	Требование документа РД-10-05
Теоретические знания		Не менее 70%
Практические навыки		Не менее 70%

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. экзаменатора

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## III. Оценка результатов инспекционного контроля сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Рекомендации эксперта по сертификации:

Сертификат действителен	
Сертификат может быть аннулирован	
Действительность сертификата может быть подтверждена после сдачи экзамена	
Сертификат может быть продлен на новый пятилетний срок	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

# СПРАВКА

дана для предъявления в Орган по сертификации  
профессиональной компетентности персонала

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество специалиста)

работает(ал) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование предприятия, подразделения)

в должности \_\_\_\_\_

и выполняет(ял) работы по контролю изделий следующими методами неразрушающего контроля:

ультразвуковой метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

ультразвуковая толщинометрия

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

радиографический метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

визуальный метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

магнитопорошковый метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

капиллярный метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

вихретоковый метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

тепловой метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

вибродиагностический метод

с \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Руководитель лаборатории или подразделения

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (дата)

Начальник отдела кадров

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (дата)

**М.П.**

**ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА «Профсертико»**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель ОСП  
\_\_\_\_\_ В.С. Ползикова

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 200 г.

**АКТ  
инспекционного контроля**

Инспекционный контроль проведен в соответствии с требованиями п. 5.8 ТКП 5.1.06 "Национальная система подтверждения соответствия Республики Беларусь. Порядок сертификации компетентности персонала. Основные положения» и РД СМК 10-05 «Порядок проведения и оформления результатов инспекционного контроля сертифицированного персонала».

**5. Контрольный лист**

<b>1.1 Сведения о специалисте</b>	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Домашний адрес	
Телефон	
Место работы	
Телефон	
Дата последнего медосмотра	
<b>1.2 Сведения о практической деятельности специалиста</b>	
Метод НК	<b>Капиллярный</b>
Уровень квалификации	
Номер сертификата компетентности, дата выдачи	
Производственные сектора	
При каких видах деятельности проводится контроль (диагностика, ремонт, изготовлении и пр.)	
НТД по контролю (наименование, идентификационный номер)	
Приборы, с помощью которых проводится контроль (тип)	
Какая чувствительность обеспечивается при контроле	
Какие дефектоскопические материалы используются при контроле	

Как проводится подготовка поверхности объекта контроля	
Как часто проводятся работы по контролю (количество в неделю или в месяц)	
Дата и номер трех последних заключений	
Допускались ли нарушения в работе (да, нет, если да, то какие, когда)	
Дата и место прохождения последней периодической аттестации	
Сведения о повышении квалификации (дата и наименование курса обучения или учебного семинара)	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

Достоверность приведенной информации подтверждаю:

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. руководителя  
предприятия/лаборатории

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**М.П.**

## II. Результаты проверки знаний сертифицированного специалиста

Оцениваемые параметры	Полученная оценка %	Требование документа РД-10-05
Теоретические знания		Не менее 70%
Практические навыки		Не менее 70%

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. экзаменатора

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

## III. Оценка результатов инспекционного контроля сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Рекомендации эксперта по сертификации:

Сертификат действителен	
Сертификат может быть аннулирован	
Действительность сертификата может быть подтверждена после сдачи экзамена	
Сертификат может быть продлен на новый пятилетний срок	

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. эксперта

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Дата

**ОРГАН ПО СЕРТИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА "ПРОФСЕРТИКО"**

**СПРАВКА**

о состоянии зрения

в соответствии с требованиями СТБ ЕН 473-2005 (EN 473:2000)

---

(фамилия, имя, отчество, год рождения специалиста)

прошел (прошла) медицинское освидетельствование о состоянии зрения

Острота ближнего зрения: \_\_\_\_\_

Цветоощущение: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (дата)

**М.П.**

**Примечание.** Острота зрения специалиста должна позволять ему прочесть минимум шрифт № 1 по таблице Егера (таблица для подбора очков) с расстояния не менее 30 см или эквивалентного) по крайней мере одним глазом, с очками или без очков).