

[illegible]

Лист 11 листов 13

**Приложение В**  
(обязательное)**Акт  
обследования рабочего места**

ВСП (СП) (отделение, участок, служба и  
т.д.): \_\_\_\_\_

Место производства  
работ: \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Смена \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. руководителя работ \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. представителя ДПБ \_\_\_\_\_

Результаты обследования рабочего места, выявленные несоответствия требованиям ОТ  
и ПБ на данном рабочем месте:

Заключение по результатам обследования рабочего места:

Рабочее место соответствует / не соответствует требованиям ОТ и ПБ.  
(ненужное зачеркнуть)

Угроза жизни или здоровью работника существует / отсутствует  
(ненужное зачеркнуть)

Руководитель работ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Представитель ДПБ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

С заключением комиссии по результатам обследования рабочего места ознакомлен и

СОГЛАСЕН/ НЕ СОГЛАСЕН. \_\_\_\_\_  
(ненужное зачеркнуть) (подпись работника) (Ф.И.О.) (дата, время)

**Приложение Г**  
(обязательное)**Утверждаю**  
Руководитель СП, ВСП\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (ф.и.о.)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г**Акт**  
**комиссионного обследования рабочего места**

Нами, комиссией в составе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должности, Ф.И.О. членов комиссии)« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин. проведено комиссионное  
обследование рабочего места, расположенного:

ВСП (СП) (отделение, участок, служба и т.д.): \_\_\_\_\_

Место производства работ: \_\_\_\_\_

Результаты обследования рабочего места, выявленные несоответствия рабочего  
места требованиям промышленной безопасности и охраны труда:**Заключение по результатам обследования рабочего места:**Рабочее место **соответствует / не соответствует** требованиям ОТ и ПБ.  
(ненужное зачеркнуть)Угроза жизни или здоровью работника **существует / отсутствует**  
(ненужное зачеркнуть)

Подписи членов комиссии:

_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)

С заключением комиссии по результатам обследования рабочего места ознакомлен и

**СОГЛАСЕН/ НЕ СОГЛАСЕН.**  
(ненужное зачеркнуть)\_\_\_\_\_  
(подпись работника)\_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)\_\_\_\_\_  
( дата, время)