*Лицевая сторона личной карточки*

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА №**

**УЧЕТА ВЫДАЧИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Табельный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Структурное подразделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Профессия (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата поступления на работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата изменения профессии (должности) или перевода в другое структурное подразделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  |  | Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Размер:одежды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обуви \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ головного убора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ противогаза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ респиратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рукавиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ перчаток \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |

Предусмотрено по Типовым отраслевым нормам

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование средств индивидуальной защиты | Пункт Типовых отраслевых норм | Единица измерения | Количество на год |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Руководитель структурного подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Оборотная сторона личной карточки*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование средств индивидуальной защиты | ГОСТ, ОСТ, ТУ, сертифи-кат соот- ветствия | Выдано | Возвращено |
| дата | кол-во | % из-но-са | стои-мость,руб. | расписка в получении | дата | кол-во | % из-носа | стои- мость,руб. | расписка сдавшего | расписка в приеме |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |