

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

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение "Улыбка" муниципального образования
Красноперекопский район Республики Крым

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,
296022, Республика Крым, Красноперекопский р-он, с. Совхозное, ул. Зеленая, д. 4;

место нахождения и место осуществления деятельности,

9106007901

идентификационный номер налогоплательщика,

1149102179247

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

29. Кладовщик; 1 чел.

30. Помощник воспитателя; 1 чел.

31. Помощник воспитателя; 1 чел.

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

Заключения эксперта Коханец А.В. № 463-2017-3Э от 25.12.2017

(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

Общество с ограниченной ответственностью «МИЛАРМ-Сервис»

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 184

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

Дата подачи декларации "16" 01. 2018 год

М.П.
ОГРН 1149102179247
ИНН 9106007901

(подпись)

Н.В. Венгерова

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

Инспекция по труду Республики Крым

(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)