|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Личная карточка №** | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |
| **учета средств индивидуальной защиты** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сведения о работнике | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия |  | | | | | | | | |  | | Пол | |  | | Рост | |  | | |
| Собственное имя | |  | | | | | | | |  | | Размер: | |  | |  | | | |  |
| Отчество (если таковое имеется) | | | | |  | | | | |  | | одежды | |  | | обуви | |  | | |
| Структурное подразделение | | | |  | | | | | |  | | рукавиц | |  | | перчаток | |  | | |
| Профессия (должность) | | |  | | | | | | |  | | Показатели коррегирующих очков | | | | |  | | | |
| Дата приема на работу | | |  | | | |  | Дата изменения профессии рабочего (должности служащего) | | | | | | | | |  | | | |
| Предусмотрено по установленным нормам: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование средств  индивидуальной защиты | | | | | | | | | | | | Классификация (маркировка) по защитным свойствам или конструктивным особенностям | | | | | | | | Норма выдачи (штук, пар) на год, если не установлено иное | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Достоверность подтверждаю: | |  | | | |  |  | |  |  |
| Главный бухгалтер (бухгалтер) | |  | | | | Специалист отдела кадров |  | | | |
|  | | (личная подпись, дата, расшифровка подписи) | | | |  | (личная подпись, дата, расшифровка подписи) | | | |
| Руководитель структурного подразделения | | |  | | | Специалист по охране труда |  | | | |
|  | | | (личная подпись, дата, расшифровка подписи) | | |  | (личная подпись, дата, расшифровка подписи) | | | |
| Ознакомлен: | |  | |  | | | |  | | |
| Работник |  | | | |  | | | | | |
|  | (личная подпись, дата, расшифровка подписи) | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование средств индивидуальной защиты | Классификация (маркировка) по защитным свойствам или конструктивным особенностям | Выдано | | | | | Возвращено | | | | | |
| дата | количество | процент износа на дату выдачи | стоимость | подпись работника | дата | количество | процент износа | стоимость | подпись сдавшего средство индивидуальной защиты | подпись получающего средство индивидуальной защиты |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |