|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕЧАТАЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ**  **БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ**  **(при наличии)**  **Исх. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Главному врачу государственного учреждения «Слонимский зональный центр гигиены и эпидемиологии»  Дервоедову Д.Г. |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Наименование заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места осуществления деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УНП:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование государственного органа (организации), осуществившего государственную регистрацию субъекта хозяйствования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

просит провестиадминистративную процедуру в соответствии с подпунктом **9.6.5** единого перечня административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 сентября 2021 г. № 548 «Об административных процедурах, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования»: «Получение санитарно-гигиенического заключения об условиях труда работающих»

(наименование запрашиваемой административной процедуры)

К заявлению прилагаются:

- документ, подтверждающий внесение платы (за исключением случая внесения платы посредством использования системы ЕРИП);

- характеристика работ;

- перечень должностей служащих (профессий рабочих) с указанием количества одноименных должностей служащих (профессий рабочих), утвержденный собственником имущества предприятия, руководителем или вышестоящим органом;

- копии должностных (рабочих) инструкций;

- технологическая карта;

- протоколы лабораторных исследований нормируемых показателей факторов производственной среды, выполненных в аккредитованных испытательных лабораториях (центрах).

Всего предоставлено документов и (или) сведений на \_\_\_\_ листах.

Достоверность представляемых документов подтверждаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Решение об осуществлении административной процедуры просим (нужное подчеркнуть) направить по почте, по электронной почте, выдать представителю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность, контактный телефон полномочного представителя (в случае личного получения решения))

О вынесении административного решения просим уведомить по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SMS, Viber) или на электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

ФИО исполнителя, контактный телефон