



**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКООПСІЛКИ
«ПОЛТАВСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТОРГІВЛІ»**

НАКАЗ

09 лютого 2023 р.

м. Полтава

№ 2-О

**Про затвердження інструкцій з
питань охорони праці**

На виконання Закону України «Про охорону праці», відповідно до Порядку опрацювання і затвердження роботодавцем нормативних актів з охорони праці, що діють в університеті, зареєстрована в Міністерстві юстиції України 07.02.1994 р за № 20/229.

НАКАЗУЮ :

1. Затвердити Інструкцію з охорони праці (інструкції додаються) та ввести в дію з 10.02.2023 року.

-Інструкція №2 з охорони праці робітників з комплексного обслуговування будинків і споруд при виконанні малярних робіт;

-Інструкція №5 з охорони праці робітників з комплексного обслуговування будинків і споруд (столярні роботи);

-Інструкція №14 з питань пожежної безпеки;

-Інструкція №17 з техніки безпеки для обслуговуючого персоналу дахової котельні;

-Інструкція №19 з охорони праці для слюсаря-сантехніка;

-Інструкція №41 для слюсарів - сантехніків по експлуатації теплових мереж і устаткування;

.

Ректор

О. НЕСТУЛЯ

Наказ готувала
Інженер з охорони праці

О. КОНДРАТ

Погоджено:
Проректор з АГР

Н.СОКОЛЕНКО

Додаток №2 до наказу № _____
від « ____ » _____ 2010р.

НАПРАВЛЕННЯ
на обов'язковий попередній медичний огляд працівника

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Оформлення по професії (посаді) за ДК 003:2005 _____

Характеристика умов праці:

Назва шкідливих та небезпечних факторів і № пункту та підпунктів Переліку шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища і трудового процесу, при роботі з якими обов'язкові попередній (періодичні) медичний огляд працівників.

Назва робіт і № пункту та підпунктів Переліку робіт, для виконання яких є обов'язковим попередній (періодичні) медичний огляд працівників

Підпис уповноваженої
власником особи

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Дата _____
(число, місяць, рік)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Заступник головного лікаря
з лікувальної роботи

(підпис)

(прізвище та ініціали)

МП

Прізвище _____

Ім'я _____

По батькові _____

Рік народження _____

Працевлаштовується за професією (посадою) _____

Висновок медичної комісії

Придатний (не придатний) до роботи _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

за професією за ДК 003:2005 _____
(перелічити фактори виробничого середовища)

у несприятливих умовах праці.

Лікар-терапевт цехової(територіальної,
лікарняної) дільниці

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Особиста печатка

Заступник головного лікаря
з лікувальної роботи

(підпис)

(прізвища та ініціали)

Печатка ЛПЗ

Дата «__» _____