**Лицевая сторона личной карточки**

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА N
учета выдачи СИЗ**

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

**Предусмотрена выдача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(наименование типовых (типовых отраслевых) норм)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование СИЗ | Пункт типовых норм | Единица измерения | Количество на год |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)**

 **(подпись)**

 **Оборотная сторона личной карточки**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование СИЗ | Номерсертификата или декларации соответствия | Выдано | Возвращено |
| дата | количество | процент износа | подпись получившего СИЗ | дата | количество | процент износа | подпись сдавшего СИЗ | подпись принявшего СИЗ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |