

Договор  
№ 41  
от 16.04.2021 г.



УТВЕРЖДАЮ

Председатель комиссии  
ГКУ СО КК по проведению специальной оценки  
условий труда

(подпись)

Сидоренко Юлия  
Викторовна  
(фамилия, инициалы)

«24 мая» 2021 г.

**ОТЧЕТ**  
**о проведении специальной оценки условий труда**  
(идентификационный № 322401)

**В**  
**государственном казенном**  
**учреждении социального**  
**обслуживания Краснодарского края**  
**«Абинский комплексный центр**  
**реабилитации инвалидов»**

(полное наименование работодателя)

*353300, Краснодарский край, Абинский район, поселок городского типа Ах-  
тырский, улица Гагарина, дом 74*

(место нахождения и осуществления деятельности работодателя)

2323023658

(ИНН работодателя)

232301001

(КПП работодателя)

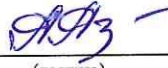



1042313645791

(ОГРН работодателя)

87.90

(код основного вида экономической деятельности по ОКВЭД)

Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:

 (подпись)	Арутюнова Анастасия Олеговна (Ф.И.О.)	<u>24.05.2021</u> (дата)
 (подпись)	Богданова Оксана Николаевна (Ф.И.О.)	<u>24.05.2021</u> (дата)
 (подпись)	Якименко Наталья Ильинична (Ф.И.О.)	<u>24.05.2021</u> (дата)
 (подпись)	Степаненко Анна Сергеевна (Ф.И.О.)	<u>24.05.2021</u> (дата)



12	Тяжесть трудового процесса Отделение социально-медицинской реабилитации Рабочее место инструктора по лечебной физкультуре; Спортивное оборудование; Отсутствуют	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Председатель комиссии по проведению специальной оценки условий труда**

Заместитель директора по АХЧ \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата)

**Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:**

Заместитель директора по пожарной безопасности \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата)

Специалист по охране труда \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата)

Председатель профсоюзного комитета \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата)

Заведующий отделением диагностики \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата)

**Эксперт(-ы) организации, проводившей специальную оценку условий труда:**

Эксперт ИЛЦ \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата) 26.04.2021





