

# Декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Инфекционная клиническая больница № 1 имени Далматова Д.М."

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя),

Фактический адрес: 644010, г. Омск, ул. Лазо, д. 2

подавшего декларацию, место нахождения и место осуществления деятельности,

Юридический адрес: 644010, г. Омск, ул. Лазо, д. 2

ИНН 5504039091, ОГРН 1025500985190

идентификационный номер налогоплательщика, основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

Уборщик служебных помещений

24101022

1 чел.

(наименование должности, профессии или специальности работника (работников), занятого (занятых) на рабочем месте (рабочих местах), индивидуальный номер (номера) рабочего места (рабочих мест), численность занятых работников в отношении каждого рабочего места)

по результатам идентификации не выявлены вредные и (или) опасные производственные факторы или условия труда по результатам исследований (испытаний) и измерений вредных и (или) опасных производственных факторов признаны оптимальными или допустимыми, условия труда соответствуют государственным нормативным требованиям охраны труда.

Декларация подана на основании

заключения эксперта № 252 от 13.11.2024

(реквизиты заключения эксперта организации, проводившей специальную оценку условий труда, и (или) протокола (протоколов) проведения исследований (испытаний) или измерений вредных и (или) опасных производственных факторов)

Специальная оценка условий труда проведена

Общество с ограниченной ответственностью «МИ-Транс»

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда,

Регистрационный номер - 565

регистрационный номер в реестре организаций, проводящих специальную оценку условий труда)

Дата подачи декларации «21» ноября 2024 г.

М.П.

(подпись)\*

(инициалы фамилия)\*

Сведения о регистрации декларации

(наименование территориального органа Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)

21.11.2024

21337

(дата регистрации)

(регистрационный номер)

М.П.

(подпись)

(инициалы, фамилия должностного лица территориального органа Федеральной службы по труду и занятости, зарегистрировавшего декларацию)