

**Заявка**

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИЗПИТ И ИЗДАВАНЕ НА ОДОБРЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛ ПО ИЗПИТВАНЕ БЕЗ РАЗРУШАВАНЕ НА НЕРАЗГЛОБЯЕМИ СЪЕДИНЕНИЯ НА СЪОРЪЖЕНИЯ ПОД НАЛЯГАНЕ ОТ КАТЕГОРИЯ III И IV В СЪОТВЕТСТВИЕ С ИЗИСКВАНИЯТА НА ПРИЛОЖЕНИЕ I, Т. 3.1.3 И ДИРЕКТИВА 97/23/ЕС, ВЪВЕДЕНА С НАРЕДБА ЗА СЪЩЕСТВЕНИТЕ ИЗИСКВАНИЯ И ОЦЕНЯВАНЕ СЪОТВЕТСТВИЕТО НА СЪОРЪЖЕНИЯТА ПОД НАЛЯГАНЕ

**Кандидат:**

Заявка за:  първо одобрение  продължаване на одобрението

**В момента имам следната валидна сертификация за изпитване без разрушаване:** (избройте методи, нива, сектори, стандарт или съответна сертифицираща схема, сертифицираща организация и приложете сертификата):

**Желая одобрение на:**  български език  английски език - срещу допълнително заплащане

**Приемам да държа изпит на:**  български език  друг език - срещу допълнително заплащане

**КАНДИДАТСТВОМ ЗА:**

Метод	Ниво	Продуктов сектор

**Методи:** RT: Радиография UT: Ултразвуково изпитване PT: Изпитване с проникващи течности MT: Магнитно-прахово изпитване VT: Визуален контрол LT: Изпитване на херметичност; RT.FAS: Оценка на филми

**Продуктови сектори:** (c) отливки; (f) изковки; (w) заварени продукти; (t) тръби, включително плоска заготовка за производство на заварени тръби; (wp) валцувани продукти

Заявявано ли е вече одобрение с този обхват?  да  не

(Ако да, при кое нотифицирано лице?) .....

**I. Данни за кандидата** (ако сте заявили одобрение на два езика, моля попълнете следващите полета в част I и на латиница)

Адрес: .....

.....

(улица №, пощенски код, град, област, телефон, факс, GSM)

Л.К.№: ....., Роден на (дата, място) .....

ЕГН: .....

**II. Възложител / работодател**

Фирма .....Адрес на регистрация:

.....

Адрес за кореспонденция.

.....

(улица, пощенски код, град, област, телефон, факс)

Данни за фактура: ЕИК:.....МОЛ:

.....

**III. Данни за професионален опит по ИБР или за практикуване на метода**

(за първо одобрение се попълва практическия опит в месеци, заверява се от работодателя с подпис и печат и се попълва името и подписа на лицето, под чийто надзор е придобит опитът. При продължаване на одобрението не се попълват име и подпис на надзираващия.)

Метод, промишлен и продуктов сектор	Ниво .....	
	Фирма, подпис и печат на работодателя	Име и подпис на наблюдаващия

**Методи:** RT: Радиография UT: Ултразвуково изпитване PT: Изпитване с проникващи течности MT: Магнитно-прахово изпитване VT: Визуален контрол LT: Изпитване на херметичност; RT.FAS: Оценка на филми;

**Промислени сектори:** A (c,f,t,w,wp): Металодобив и преработване на метали; B (c,f,t,w,wp): Входящ контрол и изпитване по време на експлоатация на съоръжение, на инсталации и на структури; C (f, w, др.св.с продукта): Поддържане на железопътни съоръжения D (c,f,t,w,wp, др.св.с продукта): Летателни средства; DGR: Директива 97/23/ЕС

**Продуктови сектори:** (c) отливки; (f) изковки; (w) заварени продукти; (t) тръби, включително плоска заготовка за производство на заварени тръби; (wp) валцувани продукти

**IV. Приложения**

Данни от документа за самоличност;

Копие на сертификат(и);

Копие на документ за зрителна способност

**V. Декларация на кандидата**

**Декларирам, че съм съгласен със следното :**

- Одобрението остава валидно само при условие, че е валиден сертификатът за ИБР.
- Одобрението остава валидно само при извършване на дейността и физическа годност. При неспазване на което и да е от тези условия, то става невалидно;
- Да спазвам изискванията и правилата за издаване на одобрение на Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД. При подадени неверни данни или злоупотреба с одобрението, то се отнема;
- Да уведомя незабавно Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД и работодателя си, ако изискванията за поддържане на валидност на сертификата ми за ИБР престанат да са изпълнени;
- Да се позовавам на одобрението само в неговия обхват и да го ползвам така, че да не дискредитирам името на „Мултитест” ООД;
- Да не ползвам одобрението по заблуждаващ или подвеждащ начин;
- Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД да събере и съхранява пълна информация, засягаща одобрението (лични идентификационни данни, данни за работодателя и за одобрението);
- Да преминавам ежегодно преглед за зрителна способност и да предоставям документа на работодателя си, а при поискване – на Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД;
- Да съобщавам незабавно на Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД и да съхранявам сведенията за всички отправени срещу мен възражения и рекламации в обсега на издаденото ми одобрение. Ако одобрението ми бъде отнето, да го върна веднага на Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД във всичките му форми, да не ползвам произтичащите права и да прекратя позоваването на него или на Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД;
- Статусът на одобрението ми (обхват, валидност, прекратяване) да бъде публично оповестяван от Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД;
- Поемам ангажимента по стартиране на процедура за продължаване на валидността на одобрението ми (при изтичане на срока или получаване на нов сертификат за ИБР).

Удовотверявам, че всички данни в това Заявление отговарят на истината.

Декларирам, че освобождавам Направление „Оценяване на съответствието” към „Мултитест” ООД от всички претенции, които биха възникнали при злоупотреба или неправомерно и непрофесионално ползване на одобрението. Приемам одобрението ми да се издаде след заплащане на таксата. При отрицателно решение за одобрение или ако одобрението бъде анулирано, нямам претенции за връщане на таксата.

**Декларатор** (кандидат- име, фамилия\*) :.....  
място дата подпис

**Потвърждение от работодателя:**

Потвърждавам възлагането. Поемам ангажиментите на работодател. Приемам одобрение да се издаде след заплащане на таксата. При отрицателно решение за одобрение или ако одобрението бъде анулирано, няма да имам претенции за връщане на сумата.

Желая изпитът да бъде проведен:

На територията на “Мултитест” ООД  На територията на:

**Декларатор** (работодател)::.....  
място дата подпис

**Това поле се попълва от Направлението:** Заявка..... Зрение.....  
 Сертификат..... ЛК.....  
 Апаратура..... Изпит: .....

**Решение за допускане до изпит:**

**Да / Не** Подпис:.....

Декларирам, че е оценен риска за безпристрастността и конфликт на интереси на Направление „Оценяване на съответствието” и няма взаимовръзки на основа: собственост, ръководство, управление, персонал, споделени ресурси, финанси, договори, маркетинг (включително създаване на търговска марка) и плащане на комисионни или други стимули за привличане на нови клиенти между НОС (включително и неговия персонал) и обекта на оценяване на съответствието/ лицето за сертифициране на персонал. Цялата информация, получена в процеса на оценяване и сертификация е конфиденциална. / I declare that assessed the risk of impartiality and conflict of interest of Department "Conformity Assessment" and no relationships based on ownership, governance, management, personnel, shared resources, finances, contracts, marketing (including branding), and payment of a sales commission or other inducement for the referral of new clients, etc. All information obtained during the evaluation and certification is confidential

Ръководител на НОС/  
 Head of Department CA .....