**СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В НЕЗАВЫИСИМЫЙ ОРГАН ПО АТТЕСТАЦИИ (СЕРТИФИКАЦИИ) ПЕРСОНАЛА**

**О результатах проверки состояния зрения на соответствие установленным требованиям для выполнения работ по неразрушающему контролю**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и год рождения лица, проходящего медосмотр)

**1. По результатам проверки острота зрения составляет**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с корректирующими линзами | без корректирующих линз | с корректирующими линзами | без корректирующих линз |
| Вблизи | | Вдаль | |
| Правый глаз | Левый глаз | Правый глаз | Левый глаз |
|  |  |  |  |

**2. По результатам проверки восприятия цветов** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Способность различать цвета - в норме** | да | нет |
| **Способность различать оттенки серого - в норме** | да | нет |

**3. По результатам проверки пространственного зрения** (см. выделенное крестиком)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Обнаружено ограничение нормального поля зрения** | да | нет |

**Дата медосмотра: “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

**Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О.) (Подпись)

**М.П.**