

Сводная ведомость результатов проведения специальной оценки условий труда

Наименование организации: Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»

Таблица 1

Наименование	Количество рабочих мест и численность работников, занятых на этих рабочих местах		Количество рабочих мест и численность занятых на них работников по классам (подклассам) условий труда из числа рабочих мест, указанных в графе 3 (единиц)							
	всего	в том числе на которых проведена специальная оценка условий труда	класс 1		класс 3				класс 4	
			класс 2	3.1	3.2	3.3	3.4.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Рабочие места (ед.) - основные/все	257	10/43	0/0	1/1	0/0	9/42	0/0	0/0	0/0	
Работники, занятые на рабочих местах (чел.)	222	43	0	1	0	42	0	0	0	
из них женщин	194	37	0	1	0	36	0	0	0	
из них лиц в возрасте до 18 лет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
из них инвалидов	7	0	0	0	0	0	0	0	0	

Таблица 2

Индивидуальный номер рабочего места	Профессия/должность/специальность работника	Классы (подклассы) условий труда																						
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16									
		Химический	Биологический	Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия	Шум	Инфразвук	Ультразвук воздушный	Вибрация общая	Вибрация локальная	Неионизирующие излучения	Ионизирующие излучения	Параметры микроклимата	Параметры световой среды	Тяжесть трудового процесса	Напряженность трудового процесса									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	Стационарное отделение медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы																Итоговый класс (подкласс) условий труда	Итоговый класс (подкласс) условий труда с учетом эффективного применения СИЗ	Повышенный размер оплаты труда (да,нет)	Ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск (да/нет)	Сокращенная продолжительность рабочего времени (да/нет)	Молоко или другие равноценные пищевые продукты (да/нет)	Лечебно-профилактическое питание (да/нет)	Право на досрочное назначение страховой пенсии (да/нет)
128/2025 А (128/2025 -1А)	Медицинский брат по медицинской реабилитации	-	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3.2	-	да	да	нет	да	нет	нет	

Таблица 2

[illegible]

[illegible]

Дата составления: 08.07.2025

Председатель комиссии по проведению специальной оценки условий труда

Заместитель главного врача по

хозяйственным вопросам

(должность)

(подпись)

Балин Павел Викторович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:

Заместитель главного врача по

медицинской части

(должность)

(подпись)

Игнатов Сергей Владимирович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Председатель первичной профсоюзной

организации

(должность)

(подпись)

Коршунова Татьяна
Александровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Начальник отдела кадров

(должность)

(подпись)

Воронцова Любовь Сергеевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Начальник планово-экономического

отдела

(должность)

(подпись)

Чернякова Елена Алексеевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Главная медицинская сестра

(должность)

(подпись)

Сайдашева Валентина Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Специалист по охране труда

(должность)

(подпись)

Чанышев Ринат Гумерович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Эксперт (эксперты) организации, проводившей специальную оценку условий труда:

783

(№ в реестре экспертов)

(подпись)

Букова Анастасия Андреевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

08.07.2025
(дата)

Перечень рекомендуемых мероприятий по улучшению условий труда

Наименование организации: Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»

Наименование структурного подразделения, рабочего места	Наименование мероприятия	Цель мероприятия	Срок выполнения	Структурные подразделения, привлекаемые для выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6
Стационарное отделение медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы					
128/2025 А. Медицинский брат по медицинской реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
Дневной стационар медицинской реабилитации					
130/2025. Специалист по физической реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
Физиотерапевтическое отделение					
70/2025 А. Медицинская сестра по медицинской реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
133/2025. Акушерка	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
Стационарное отделение медицинской реабилитации взрослых с нарушением функции периферической нервной системы и костной – мышечной системы					
131/2025. Специалист по физической реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
Амбулаторное отделение медицинской реабилитации					
106/2025 А. Медицинская сестра по медицинской реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			
Отделение лечебной физкультуры					
115/2025 А. Медицинская сестра по медицинской реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора			

132/2025 А. Медицинский брат по медицинской реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора		
129/2025. Специалист по физической реабилитации	Использование средств индивидуальной защиты	Снижение уровня воздействия вредного фактора		
Бухгалтерия				

Дата составления: 08.07.2025

Председатель комиссии по проведению специальной оценки условий труда

Заместитель главного врача по хозяйственным вопросам _____
 (подпись) (подпись) **Балин Павел Викторович**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:

Заместитель главного врача по медицинской части _____
 (подпись) (подпись) **Игнатов Сергей Владимирович**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Председатель первичной профсоюзной организации _____
 (подпись) (подпись) **Коршунова Татьяна Александровна**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Начальник отдела кадров _____
 (подпись) (подпись) **Воронцова Любовь Сергеевна**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Начальник планово-экономического отдела _____
 (подпись) (подпись) **Чернакова Елена Алексеевна**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Главная медицинская сестра _____
 (подпись) (подпись) **Сайлашева Валентина Ивановна**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Специалист по охране труда _____
 (подпись) (подпись) **Чанышев Ринат Гумерович**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Эксперт (эксперты) организации, проводившей специальную оценку условий труда:

783 _____
 (№ в реестре экспертов) (подпись) **Букова Анастасия Андреевна**
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата) **08.07.2025**