

Требования к зрению – все уровни

Кандидат должен предоставить документальные свидетельства удовлетворительного зрения в соответствии со следующими требованиями:

а) острота ближнего зрения должна позволять чтение как минимум таблицы Джегера номер 1 или шрифт Times Roman номер 4,5 или эквивалентных букв (высотой 1,6 мм) при удаленности не менее 30 см одним или обоими глазами, с очками или без очков;

б) цветное зрение является достаточным, чтобы кандидат мог различать и дифференцировать контраст между цветами или оттенками серого, используемыми в методе (виде) НК, в соответствии с условиями работодателя.

Независимый орган по аттестации (сертификации) персонала может рассмотреть замену требования а) на приемлемый альтернативный метод.

После аттестации контроль остроты ближнего зрения могут проводиться ежегодно и контролируется работодателем.

Рекомендованная форма справки о состоянии зрения

СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В НЕЗАВИСИМЫЙ ОРГАН ПО АТТЕСТАЦИИ 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

<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> без корректирующих линз	<input type="checkbox"/> с корректирующими линзами	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Способность различать оттенки серого - в норме	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

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

Обнаружено ограничение нормального поля зрения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
--	-----------------------------	------------------------------

Дата медосмотра: « ____ » _____ 20__ г.

Врач-офтальмолог _____
(Ф.И.О.)

(Подпись)
М.П.