

**Декларация соответствия
условий труда государственным нормативным
требованиям охраны труда**

Общество с ограниченной ответственностью Аудиторско-консалтинговая фирма "ПОСТ-КОНСУЛЬТАНТ"

(наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, подавшего декларацию,
185005, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Ригачина, д. 9, оф. 402;

место нахождения и место осуществления деятельности,

1001087849

идентификационный номер налогоплательщика,

1021000523235

основной государственный регистрационный номер)

заявляет, что на рабочем месте (рабочих местах)

№ п/п	Наименование должности, профессии или специальности работника (работников), занятого (занятых) на рабочем месте	Индивидуальный номер рабочего места	Численность занятых работников в отношении каждого рабочего места
1	Директор	1	1
2	Заместитель директора	2	1
3	Бухгалтер-эксперт	4	1
4	Офис-менеджер	5	1
5	Аудитор	6	1

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА № 12169/22-ЗЭ от 10.03.2022 г.;

(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 «Северо-Западный Центр Охраны Труда» (ООО «СЗ ЦОТ»);

(наименование организации, проводившей специальную оценку условий труда.

Регистрационный номер - 192

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

Дата подачи декларации "5" апреля 2022 год

М.П.



(подпись)

С.А. Лёвина

(инициалы, фамилия)

Сведения о регистрации декларации

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

(дата регистрации)

(регистрационный номер)

М.П.

(подпись)

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