

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ СОСТОЯНИЯ ЗРЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ НЕРАЗРУШАЮЩЕГО КОНТРОЛЯ

Для выполнения работ по профессии острота зрения специалиста должна позволять ему читать минимум шрифт №1 по таблице Егера (табл. для подбора очков) с расстояния не менее 30 см (или эквивалентного), по крайней мере, одним глазом, с корректирующими линзами или без них. Кроме того, специалист должен иметь достаточное восприятие цветов и оттенков серого и не суженное пространственное зрение.

Минимальные требования:

Острота зрения должна составлять:

- вблизи: 1,0 хотя бы одним глазом

- вдаль: 0,8 хотя бы одним глазом

- нормальное восприятие цветов (при нарушенном восприятии следует пройти дополнительную проверку на аномалоскопе: допустимый коэффициент аномальности АК должен быть в пределах $1,4 > AQ > 0,7$)

- пространственное зрение (не допускается сужение нормального поля зрения с обеих сторон при ориентированном контроле без использования аппаратуры).

Рекомендованная форма справки о состоянии зрения

СПРАВКА ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ В ОРГАН ПО 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 остроты 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: “ ___ ” _____ 200__ г.

Врач-офтальмолог _____
(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.