Государственное учреждение

«Брестский зональный центр гигиены и эпидемиологии»

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

(фамилия, имя, отчество, адрес)

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

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

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

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

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

(место работы, должность)

Заявление

Прошу провести гигиеническое обучение с оценкой знаний по программе гигиенического обучения для должностных лиц и работников, деятельность которых связана:

* с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов (работники предприятий пищевой промышленности, торговли, общественного питания, в том числе размещенных в учреждениях образования, здравоохранения, санаторно-курортных организациях и др.)
* с производством, хранением, транспортировкой и реализацией питьевой воды и пестицидов,
* с воспитанием и обучением детей,
* с коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

***нужное отметить и подчеркнуть***

Ознакомлен(а) с порядком, сроком, временем и местом проведения гигиенического обучения.

Документ об оплате прилагается.

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

(дата) (подпись)