

### Перечень рекомендуемых мероприятий по улучшению условий труда

Наименование организации: Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД»

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
<i>Иммунологическая лаборатория</i>					
152. Медицинский лабораторный техник	при контакте с инфицированным материалом и материалом, зараженным или подозрительным на заражение микроорганизмами II, III и IV группы патогенности (опасности) использовать средства индивидуальной защиты	снижение вредного воздействия биологического фактора			
<i>Лаборатория бактериологических исследований</i>					
153. Врач-бактериолог	при контакте с инфицированным материалом и материалом, зараженным или подозрительным на заражение микроорганизмами II, III и IV группы патогенности (опасности) использовать средства индивидуальной защиты	снижение вредного воздействия биологического фактора			

Дата составления: 13.12.2024 г.

Председатель комиссии по проведению специальной оценки условий труда

\_\_\_\_\_ *Тулಿನова И.А.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:

\_\_\_\_\_ *Бухтиярова Ж.Г.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Председатель профсоюзного комитета (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

\_\_\_\_\_ *Любых И.А.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Ведущий юрисконсульт (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

\_\_\_\_\_ *Булава Л.В.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Начальник управления персоналом и трудовыми отношениями (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

\_\_\_\_\_ *Котова Т.В.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Специалист по охране труда (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

\_\_\_\_\_ *Ситник Т.Н.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Заместитель главного врача по эпидемиологии (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

\_\_\_\_\_ *Плужникова О.В.* \_\_\_\_\_ 13.12.2024  
 Врач-эпидемиолог (должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

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

\_\_\_\_\_ *Стоmachenko Aида Александровна* \_\_\_\_\_ 13.12.2024 г.  
 (№ в реестре экспертов) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)