



**МИНИСТЕРСТВО ТРУДА
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

09 мая 2022 года

№ 146-п

г. Омск

Об утверждении формы акта соответствия условий труда на рабочем месте, выделенном (созданном) для приема на работу инвалида, рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

В соответствии с абзацем третьим пункта 2 статьи 6 Закона Омской области "О квотировании рабочих мест в Омской области" приказываю:

1. Утвердить форму акта соответствия условий труда на рабочем месте, выделенном (созданном) для приема на работу инвалида, рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства труда и социального развития Омской области от 10 сентября 2020 года № 122-п "Об утверждении форм документов, используемых работодателями при соблюдении обязанности по приему на работу инвалидов в соответствии с установленной квотой, и признании утратившими силу отдельных приказов Главного управления государственной службы занятости населения Омской области".

Заместитель Председателя
Правительства Омской области,
Министр

В.В. Куприянов

АКТ

соответствия условий труда на рабочем месте, выделенном (созданном) для приема на работу инвалида, рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида

" ___ " _____ 20__ года

_____ (полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)
(далее – Работодатель), которому в соответствии с Законом Российской Федерации "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" и Законом Омской области "О квотировании рабочих мест в Омской области" установлена квота для приема на работу инвалидов (далее – квота), в лице

_____ (фамилия, имя, отчество, должность представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя)
действующего (-ей) на основании _____ (наименование документа)

с одной стороны, и казенное учреждение Омской области "Центр занятости населения _____" (далее – Центр занятости населения) в лице _____

_____ (фамилия, имя, отчество, должность представителя Центра занятости населения)
действующего (-ей) на основании _____ (наименование документа)

с другой стороны, при участии экспертов: _____

_____ (фамилия, имя, отчество, должность представителя федерального казенного учреждения "Главное бюро медико-социальной экспертизы по Омской области" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации)

_____ (фамилия, имя, отчество, должность представителя Омской областной организации Общероссийской общественной организации "Всероссийское общество инвалидов"¹ или Омского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское общество глухих"² или Омского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов "Всероссийское ордена Трудового Красного Знамени общество слепых"³)

провели оценку соответствия условий труда на рабочем месте инвалида, выделенном (созданном) в счет установленной квоты, рекомендациям индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (далее соответственно – оценка, ИПРА).

Оценка проведена путем изучения локальных актов Работодателя и иных документов, подтверждающих выделение (создание) рабочего места в

счет установленной квоты, включая материалы проведения специальной оценки условий труда, а также осмотра рабочего места _____

_____ (наименование профессии (должности))

оборудованного (оснащенного) в _____,

(наименование структурного подразделения)

расположенного по адресу: _____.

В результате проведенных действий установлено, что условия труда на рабочем месте, выделенном (созданном) в счет установленной квоты, с учетом вида трудовой деятельности _____

_____ (указать характеристику вида трудовой деятельности работника⁴)

_____ выполняемой на момент проведения оценки _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) работника, группа и причина инвалидности)

соответствуют/не соответствуют (выбрать нужное) рекомендациям ИПРА № ____, выданной " ____ " _____ 20 ____ года филиалом № _____

_____ (наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)

Замечания (при наличии) по условиям труда на рабочем месте, выделенном (созданном) в счет установленной квоты: _____

_____ (указываются замечания по основным признакам трудовой и профессиональной деятельности (режим рабочей нагрузки, вид и характер выполняемых технологических операций и т.д.), противоречащие рекомендациям ИПРА)

Настоящий акт составлен в _____ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

- Приложение:
1. Копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида.
 2. Копии иных документов, изученных в результате проведения оценки (карта специальной оценки условий труда, трудовой договор, должностная инструкция, локальные акты, подтверждающие выделение (создание) рабочего места в счет установленной квоты, установление и предоставление работнику в случае необходимости дополнительных перерывов, наставника).

Работодатель

Центр занятости населения

 (подпись) (инициалы, фамилия)
 М.П.

 (подпись) (инициалы, фамилия)
 М.П.

Подписи привлеченных экспертов:

 (подпись) (инициалы, фамилия)

 (подпись) (инициалы, фамилия)

¹ В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по общему заболеванию.

² В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по слуху.

³ В случае установления соответствия условий труда на рабочем месте инвалида рекомендациям ИПРА инвалида по зрению.

⁴ Описание характеристики вида трудовой деятельности осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций, утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 1 февраля 2018 года № 46.