

# ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ СОСТОЯНИЯ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ НЕРАЗРУШАЮЩЕГО И/ИЛИ РАЗРУШАЮЩЕГО КОНТРОЛЯ

Для выполнения работ по профессии острота зрения специалиста должна позволять ему читать минимум шрифт №1 по таблице Джекера или шрифт Times New Roman № 4,5 или эквивалентных букв (высотой 1,6 мм) при удаленности не меньше 30 см одним или обоими глазами, с корректирующими линзами или без них. Кроме того, специалист должен иметь достаточное восприятие цветов и оттенков серого, уметь их дифференцировать.

## 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 острота 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

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

Обнаружено ограничение нормального поля зрения	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
--	-----------------------------	------------------------------

Дата медосмотра: «    »                      20    г.

Врач-офтальмолог

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.