

सक्षम व्यक्तीच्या प्रमाणपत्राच्या नूतनीकरणासाठी अर्ज
वर्ष २० ___ साठी

सी. पी. क्रमांक: _____ / २० ___
कलम २८ / २९ / ३१ / सॉल्व्हेंट एक्स्ट्रॅक्शन प्लॉट व नियम ५७ अंतर्गत सक्षम व्यक्तीच्या घोषणापत्राचे नूतनीकरण

१.	(अ)	संपूर्ण नाव (आडनाव प्रथम)	:	
	(ब)	फोन / मोबाईल क्र.	:	
	(क)	ई-मेल पत्ता	:	
२.		शैक्षणिक पात्रता	:	
३.		वय	:	
४.		संपूर्ण रहिवासी पत्ता	:	
५.	(अ)	तुमच्या संस्थेचे नाव व पत्ता (सेवेत असल्यास अर्ज नियोक्त्यामार्फत सादर करावा)	:	
	(ब)	पदनाम / सध्याचा पदभार	:	
	(क)	तुमच्याद्वारे दबाव वाहिन्या / उचल यंत्रणेच्या तपासणीसाठी नियुक्त कर्मचारी संख्या	:	i) अभियंते / पर्यवेक्षक (नाव व पात्रता)
				ii) कामगारांची संख्या

६. दबाव वाहिन्या व उचल यंत्रणेच्या तपासणीसाठी उपलब्ध साधनांची माहिती

अ.क्र.	उपकरणाचे / यंत्राचे नाव	कंपनीचे नाव	खरेदीची तारीख	कार्यक्षेत्र	अंशांकन तारीख	अंशांकन केलेली संस्था	शेरा

७. तपासणी दरम्यान दोष आढळलेल्या दबाव वाहिन्यांची माहिती व त्यावर घेतलेली कारवाई
[महाराष्ट्र कारखाना नियम, १९६३ च्या नियम ६५(७)(अ) अन्वये]

८. कृपया वर्ष २०१८ मधील दबाव वाहिन्या / उचल यंत्रणांच्या तपासणीसंबंधित अंशांकन प्रमाणपत्र व लॉगबुकची प्रत जोडावी.

९. अर्जदाराचे घोषणापत्र:

मी, _____, वर नमूद केलेली माहिती खरी आहे, असे घोषित करतो. मी पुढील गोष्टींची जबाबदारी घेतो:

(अ) माझ्याकडे उपलब्ध असलेल्या सुविधांमध्ये कोणताही बदल झाल्यास (सुविधा वाढविल्यास अथवा कमी झाल्यास) किंवा मी वरील संस्था सोडल्यास, मी तत्काळ महाराष्ट्र राज्य, मुंबई येथील उद्योग सुरक्षा व आरोग्य संचालक यांना कळवीन.

(ब) सर्व सुविधा कार्यक्षम स्थितीत ठेवीन व उत्पादकांच्या सूचनांनुसार किंवा राष्ट्रीय मानकांनुसार कालांतराने अंशांकित करीन.

(क) महाराष्ट्र राज्य, मुंबई येथील उद्योग सुरक्षा व आरोग्य संचालक कार्यालयाने वेळोवेळी दिलेल्या प्रमाणपत्रातील अटी व सूचनांचे पालन करीन.

ठिकाण: _____ स्वाक्षरी: _____
पद: _____ दिनांक: _____

संस्थेमार्फत भरावयाचा भाग (सेवेत असल्यास)

मी, _____, प्रमाणित करतो की श्री. _____ हे आमच्या संस्थेच्या सेवेत आहेत व आम्ही त्यांना अधिनियम अंतर्गत सक्षम व्यक्ती म्हणून घोषित करण्यासाठी नामनिर्देशित करतो. तसेच, आम्ही पुढील बाबींची खात्री देतो:

(अ) सक्षम व्यक्ती आमची सेवा सोडल्यास आम्ही त्वरित महाराष्ट्र राज्य, मुंबई येथील उद्योग सुरक्षा व आरोग्य संचालकांना सूचित करू.

(ब) वरील नमूद सर्व सुविधा चांगल्या स्थितीत ठेवू.

(क) वरील नमूद सुविधा बदलल्यास (वाढ/कमी झाल्यास) त्याबाबतही संचालक यांना कळवू.

(ड) कोणत्याही प्रकारचा बदल झाल्यास तत्काळ माहिती देऊ.

ठिकाण: _____ स्वाक्षरी: _____
पद: _____ दिनांक: _____

7. DETAILS OF PRESSURE VESSELS WHICH WERE FOUND DEFECTIVE DURING EXAMINATION AND THE ACTION TAKEN THEREOF [RULE 65(7)(a) OF MAHARASHTRA FACTORIES RULES, 1963]
8. ENCLOSE COPY OF THE CALIBRATION CERTIFICATES & LOG BOOK IN RESPECT OF EXAMINATION OF PRESSURE VESSELS / LIFTING MACHINES ETC. FOR THE YEAR 2018.
9. DECLARATION BY THE APPLICANT :

I, _____, hereby declare that the information furnished above is true. I undertake;

- a) that in the event of any change in the facilities at my disposal (either addition or deleted) or my leaving the aforesaid organisation, I will promptly inform the Director, Industrial Safety & Health, Maharashtra State, Mumbai.
- b) to maintain the facilities in good working order, calibrated periodically as per manufacturers instructions or as per National Standards, and
- c) to fulfil & abide by all the conditions stipulated in certificate of competency & instructions issued by The Director, Industrial Safety & Health, Maharashtra State, Mumbai from time to time.

Place : _____

Signature : _____

Date : _____

Designation : _____

TO BE FILLED IN BY THE INSTITUTION (IF EMPLOYED)

I, _____, certify that Shri _____ whose details are furnished above, is in our employment and nominate him on behalf of the organisation for the purpose of being declared as competent person under the Act. I also undertake that I will;

- a) Notify the Director, Industrial Safety & Health, Maharashtra State, Mumbai in case the competent person leaves our employment.
- b) Provide and maintain in good order all facilities at his disposal as mentioned above.
- c) Notify the Director, Industrial Safety & Health, Maharashtra State, Mumbai any change in the facilities at his disposal as mentioned above.
- d) Notify the Director, Industrial Safety & Health, Maharashtra State, Mumbai any change in the facilities (either addition or deletion)

Place : _____

Signature : _____

Date : _____

Designation : _____