

AUTORIZAREA FUNCȚIONĂRII DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂȚII ȘI SĂNĂȚĂȚII ÎN MUNCĂ

Durata de completare: aprox. 10 min

Modalitate de completare: olograf sau prin sisteme de tehnoredactare

Modalitate de transmitere: prin completare la sediul ITM sau prin poștă la adresa B-dul CFR, Bl. 111, Sc. C, P+M

I. Către: INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ GIURGIU	II. CERERE pentru autorizarea desfășurării activității din punct de vedere al securității și sănătății în muncă la: <input type="checkbox"/> sediul social <input type="checkbox"/> sediul secundar <input type="checkbox"/> în afara sediului	III. INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ GIURGIU IV. Nr. intrare: Data
V. 1. Persoana juridică 2. cu sediul în: localitatea....., str , nr ..., bloc ..., scara ... , etaj ... ap ... județ/sector,cod poștal,telefon..... fax, e-mail website..... 3. prin....., CNP..... (nume, prenume) (cod numeric personal) în calitate de, conform 4. Obiectul cererii: autorizarea desfășurării activității din punct de vedere al securității și sănătății în muncă la: <input type="checkbox"/> sediul social <input type="checkbox"/> sediul secundar <input type="checkbox"/> în afara sediului		
VI. Persoana și domiciliul ales pentru comunicări: 1. Nume și prenume..... 2. Adresa: localitatea....., strada....., nr ..., bloc ..., scara ..., etaj..., ap ..., județ/sector....., cod poștal....., telefon....., fax, e-mail.....		
VII. 1. ACTIVITĂȚI PENTRU CARE SOLICIT AUTORIZAREA DE FUNCȚIONARE DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂȚII ȘI SĂNĂȚĂȚII ÎN MUNCĂ 1.1. > SEDIU SOCIAL Adresa..... Nr. lucrători:.....		
Cod CAEN	Denumirea activității	Autorizată anterior*

NOTĂ:

Punctele III și IV se completează de către inspectoratul teritorial de muncă.

*) Se va completa data și legea în baza căreia s-a eliberat autorizația.

AUTORIZAREA FUNCȚIONĂRII DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂȚII ȘI SĂNĂȚĂII ÎN MUNCĂ

Durata de completare: aprox. 10 min

Modalitate de completare: olograf sau prin sisteme de tehnoredactare

Modalitate de transmitere: prin completare la sediul ITM sau prin poștă la adresa B-dul CFR, Bl. 111, Sc. C, P+M

1.2.> SEDIU SECUNDAR

Adresa	Cod CAEN	Denumirea activității	Autorizată anterior*	Nr. lucrători

1.3.> ÎN AFARA SEDIULUI SOCIAL SAU A SEDIILOR SECUNDARE

Cod CAEN	Denumirea activității	Nr. lucrători

Mențiuni privind sistarea activității

Cod CAEN	Denumirea activității	Locul desfășurării activității	Nr. și data actului

Măsuri luate pentru remedierea deficiențelor care au condus la sistarea activității

--

Pentru obținerea autorizării depun actele menționate în opisul de documente

Data	Semnătura
---------------	--------------------

OPIS DE DOCUMENTE SOLICITATE PENTRU AUTORIZAREA DE FUNCȚIONARE DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂȚII ȘI SĂNĂȚĂII ÎN MUNCĂ

Nr. crt.	Denumirea actului	Nr. și data actului / Emitent	Nr. file

Total file:

NOTĂ:

Punctele III și IV se completează de către inspectoratul teritorial de muncă.

*) Se va completa data și legea în baza căreia s-a eliberat autorizația.