

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

Durata de completare: aprox. 5 min

Modalitate de completare: olograf sau prin sisteme de tehnoredactare

Modalitate de transmitere: prin completare la sediul ITM sau prin poștă la adresa: str. Calea Națională, nr. 83A, Botoșani

Către: INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ BOTOȘANI	II. DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE	III. INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ BOTOȘANI
		IV. Nr. intrare: Data
V. 1. Subsemnat(ul/a), domiciliat în, str. nr. ..., bloc ..., scara..., etaj..., ap. ..., județ/sector, telefon, act identitate, seria, nr....., CNP....., eliberat dela data, în calitate de*)		
2. pentru persoana juridică		
3. cu sediul în: localitatea, str....., nr., bloc, scara, etaj, ap., județ/sector, cod poștal, casuță poștală, telefon, fax, e-mail, web site		
în temeiul Legii securității și sănătății în muncă nr.319/2006		
4. DECLAR PE PROPRIA RĂSPUNDERE		
că, de la data prezentei, activitățile pentru care se solicită autorizație de funcționare din punct de vedere al securității și sănătății în muncă, se vor desfășura în conformitate cu prevederile Legii securității și sănătății în muncă nr.319/2006 și ale altor reglementări din domeniul securității și sănătății în muncă.		
Data.....	Semnătura.....	

NOTĂ:

*) Se completează cu calitatea pe care solicitantul o deține (angajator, administrator, reprezentant).

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