**AUTORIZAREA FUNCȚIONĂRII DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂŢII ŞI SĂNĂTĂŢII ÎN MUNCĂ**

**Durata de completare**: aprox. 10 min

**Modalitate de completare**: olograf sau prin sisteme de tehnoredactare

**Motivul colectării datelor**: datele furnizate de dumneavoastră sunt destinate utilizării de către operator în procedura de soluționare a cererii, după care vor fi arhivate potrivit legislaţiei aplicabile.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.**Către: INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ DÂMBOVIȚA | **II.** **CERERE****pentru autorizarea desfăşurării activităţii din punct de vedere al securităţii şi sănătăţii în muncă** **la:**sediul socialsediul secundarîn afara sediului | **III.**INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂDÂMBOVIȚA |
| **IV.**Nr. intrare: ......................Data ............................... |
| **V.** 1. Persoana juridică ...........................................................................................2. cu sediul în: localitatea......................., str ...................................., nr ..., bloc ..., scara ... , etaj ... ap ... judeţ/sector ..................,cod poştal ...........,telefon................. fax ......................, e-mail ..................................., website.................................3. prin.................................................................., CNP....................................  (nume, prenume) (cod numeric personal)în calitate de ........................................................, conform ...............................4. Obiectul cererii: autorizarea desfăşurării activităţii din punct de vedere al securităţii şi sănătăţii în muncă la:sediul socialsediul secundarîn afara sediului |
| **VI**. Persoana şi domiciliul ales pentru comunicări:1. Nume şi prenume............................................................................................2. Adresa: localitatea.........................................., strada......................................,nr ..., bloc ..., scara ..., etaj..., ap …, județ/sector.........................., cod poştal............, telefon........................., fax ...................., e-mail............................................... |
| **VII**.1. ACTIVITĂŢI PENTRU CARE SOLICIT AUTORIZAREA DE FUNCŢIONARE

DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂŢII Şl SĂNĂTĂŢII ÎN MUNCĂ1.1. > SEDIU SOCIAL Nr. lucrători:...........Adresa.............................................................................................................................................................................................................................. |
| Cod CAEN | Denumirea activităţii | Autorizată anterior\* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1.2.> SEDIU SECUNDAR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresa | CodCAEN | Denumirea activităţii | Autorizată anterior\* | Nr. lucrători |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1.3.> ÎN AFARA SEDIULUI SOCIAL SAU A SEDIILOR SECUNDARE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cod CAEN | Denumirea activităţii | Nr. lucrători |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Menţiuni privind sistarea activităţii |
| Cod CAEN | Denumirea activităţii | Locul desfăşurării activităţii | Nr. şi data actului |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Măsuri luate pentru remedierea deficienţelor care au condus la sistarea activităţii |
|   |
| Pentru obţinerea autorizării depun actele menţionate în opisul de documente |
| Data......................... | Semnătura ........................................... |

|  |
| --- |
| **OPIS DE DOCUMENTE SOLICITATE PENTRU AUTORIZAREA DE FUNCŢIONARE DIN PUNCT DE VEDERE AL SECURITĂŢII Şl SĂNĂTĂŢII ÎN MUNCĂ** |
| Nr. crt. | Denumirea actului | Nr. şi data actului / Emitent | Nr. file |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  Total file: ......... |