

Denumirea/Numele solicitantului: _____

Adresa sediului/domiciliului: _____

Localitate: _____

Județ: _____

Cod poștal: _____

Telefon/fax: _____

Nr. ___/___¹⁾

**NOTIFICARE PRESTARE ÎN REGIM
TRANSNAȚIONAL / TEMPORAR SAU OCAZIONAL**

Către,

.....²⁾

Comisia de abilitare și avizare

În conformitate cu prevederile art.45⁴ din HG nr. 1425/2006, cu modificările și completările ulterioare, subsemnatul/subsemnata, , în calitate de al, vă notificăm că deținem Certificatul/Autorizația /Atestatul nr. din, emis/emisă de valabil pentru perioada în vederea prestării următoarelor servicii de prevenire și protecție din domeniul securității și sănătății în muncă:

.....

.....
în regim transnațional.

Serviciile vor fi efectuate în localitatea, pentru persoana juridică, în perioada

Doresc să fiu înscris / Nu doresc să fiu înscris
în ***Lista B*** - *Lista națională a persoanelor fizice și juridice abilitate ca servicii externe de protecție și prevenire care prestează în regim temporar sau ocazional, în România.*

Data

Semnătura³⁾

¹⁾ Se va completa cu numărul și data de înregistrare la solicitant.

²⁾ Se va completa cu denumirea structurii în cadrul căreia funcționează Comisia de abilitare, potrivit art.36 din hotărâre.

³⁾ Va purta semnătură și, după caz, ștampilă.