MODEL CERERE ATESTARE RESPONSABIL SC LFI

Cererea se depune la a ISF teritorial pe raza căruia este LFI

S.C. ………………….

Nr. .........

 Către

 AUTORITATEA DE SIGURANŢĂ FEROVIARĂ ROMÂNĂ

 S.C. ......................................................., cu sediul în localitatea ..........................................................

str. ................................................................., nr. ................, judeţul (sectorul) ..........................., telefon ................................, fax ..............................., e-mail........................................................, înregistrată la Oficiul Naţional al Registrului Comerţului – Oficiul Registrului Comerţului de pe lângă Tribunalul ............................. la nr. ........................... având codul CUI nr. .................................şi contul nr. ........................................., deschis la Banca ........................................................, filiala ................................................................., reprezentată prin

...........................................................................

 Solicită AUTORITĂŢII DE SIGURANŢĂ FEROVIARĂ ROMÂNĂ – ASFR atestarea ca responsabil SC pe LFI ............................................................................ a angajatului nostru ................................................, ce deţine **autorizaţia pentru exercitarea funcţiei de responsabil SC-LFI** (autorizaţie obţinută în cf cu OMTCT nr. 2262/2005) nr. .........................., valabilă până la data de .............................

 Anexăm următoarele documente:

1. copie după actul de identitate;
2. copia autorizației de exploatare (A.E.);
3. copia documentului prin care se dovedeşte că este angajatul societăţii (contract individual de muncă);
4. copia avizului medical, în termen de valabilitate, eliberat de o unitate sanitară din reţeaua MT conform OMT nr. 1260/2013 cu modificările şi completările ulterioare;
5. copia avizului psihologic, în termen de valabilitate, eliberat de o unitate sanitară din reţeaua MT conform OMT nr. 1260/2013 cu modificările şi completările ulterioare.

Data ......................

(numele, prenumele, funcţia şi semnătura solicitantului).........................................................................................................................