

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE PRIVIND ASIGURAREA PENTRU ACCIDENTE DE MUNCĂ ȘI BOLI PROFESIONALE

### 1. Date de identificare:

S.C..... ..... Localitate..... Strada....., nr....., Județul.....Cod Poștal..... Telefon..... Fax..... E-mail.....	Numele și prenumele administratorului/ directorului general ..... Nr. înreg Registrul comerțului..... Cod Fiscal..... Cont bancar..... Banca.....
---	---

### 2. Activități desfășurate în cadrul societății

Se vor nominaliza toate activitățile cu personal angajat în ordinea nr.de persoane din societate	Cod CAEN	Nr. Pers(P)	%din total P
2.1.....			
2.2.....			
2.3.....			
2.4.....			
total			100

**3. Date statistice privind accidentele de muncă și bolile profesionale**  
*(se completează pentru fiecare activitate enumerată la pct. 2)*

Date statistice / activitate	anul			medie
<b>2.1.</b>				
nr. total accidente de munca din care				
a)accidente de traseu(ITM / INV / decese )	/ /	/ /	/ /	/ /
b)accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)	/	/	/	/
Nr. total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Nr. salariați încadrați în condiții deosebite				
Nr. salariați încadrați în condiții speciale				
<b>2.2</b>				
nr. total accidente de munca din care				
a)accidente de traseu(ITM / INV / decese )	/ /	/ /	/ /	/ /
b)accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)	/	/	/	/
Nr. total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Nr. salariați încadrați în condiții deosebite				
Nr. salariați încadrați în condiții speciale				
<b>2.3.</b>				
nr. total accidente de munca din care				
a)accidente de traseu(ITM / INV / decese )	/ /	/ /	/ /	/ /
b)accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)	/	/	/	/
Nr. total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Nr. salariați încadrați în condiții deosebite				
Nr. salariați încadrați în condiții speciale				
<b>2.4</b>				
nr. total accidente de munca din care				
a)accidente de traseu(ITM / INV / decese )	/ /	/ /	/ /	/ /
b)accidente soldate cu invaliditate / deces (fără traseu)	/	/	/	/
Nr. total cazuri noi de îmbolnăviri profesionale				
Nr. salariați încadrați în condiții deosebite				
Nr. salariați încadrați în condiții speciale				

Sub sancțiunile aplicate falsului in acte publice, declar ca am examinat aceasta declaratie si in conformitate cu informatiile furnizate, o declar corecta si completa.

Numele :

Prenumele:

Data :

Functia: Administrator

**Semnatura si stampila,**

---