

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ПРАВНОМ ЛИЦУ ЗА ОБАВЉАЊЕ  
ПОСЛОВА ИСПИТИВАЊА УСЛОВА РАДНЕ ОКОЛИНЕ –  
БИОЛОШКИХ ШТЕТНОСТИ**

поднет

**МИНИСТАРСТВУ ЗА РАД, ЗАПОШЉАВАЊЕ,  
БОРАЧКА И СОЦИЈАЛНА ПИТАЊА  
УПРАВИ ЗА БЕЗБЕДНОСТ И ЗДРАВЉЕ НА РАДУ  
Београд, Ул. Немањина 22-26**

**1. ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА**

<b>Назив (пословно име) правног лица</b>														
<b>Матични број</b>							<b>Порески идентификациони број (ПИБ)</b>							
<b>Седиште и адреса правног лица (Општина, улица и број)</b>														
<b>Број телефона</b>							<b>Е-маил адреса</b>							

**2. ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕНОМ КОЈИ ОБАВЉА ПОСЛОВЕ ОДГОВОРНОГ ЛИЦА И  
ЗАПОСЛЕНИМА КОЈИ ОБАВЉАЈУ ПОСЛОВЕ ПРЕГЛЕДА И ПРОВЕРЕ ОПРЕМЕ ЗА РАД**

<b>Име и презиме</b>	<b>Звање и стручна спрема</b>	<b>Број и датум лиценце за обављање послова испитивања услова радне околине (одговорно лице)</b>

**3. СПИСАК ДОКУМЕНАТА КОЈИ СУ ПОДНЕТИ УЗ ЗАХТЕВ**

<b>Документ</b>
1. (методологије испитивања услова радне околине – биолошких штетности)
2. (доказ о радном искуству запослених...)
3. (доказ о уплати трошкова издавања или обнављања лиценце)
4.
5.
6.
7.
8.

**ПОТВРЂУЈЕМ ДА СУ ГОРЕ НАВЕДЕНИ ПОДАЦИ, ПРЕМА МОЈИМ САЗНАЊИМА, ТАЧНИ И КОМПЛЕТНИ. ПРИХВАТАМ ОДГОВОРНОСТ ЗА ИСХОД ПОСТУПКА ЛИЦЕНЦИРАЊА КОЈИ БИ МОГАО БИТИ ПОСЛЕДИЦА НЕТАЧНИХ ИНФОРМАЦИЈА НАВЕДЕНИХ У ОВОМ ЗАХТЕВУ.**

Место и датум

Потпис законског заступника