

Приложение 2

к Порядку проведения сертификации рабочего места нотариуса

Акт

о несоответствии рабочего места нотариуса

_____ дата

Мной, _____,

(фамилия, имя отчество, должность)

проведена проверка помещения _____

(фамилия, имя, отчество, лица которое имеет намерения заниматься нотариальной деятельностью)

на соответствие условиям, установленным Положением о требованиях к рабочему месту нотариуса и контролю организации нотариальной деятельности.

Помещение расположено по адресу: _____

не может быть использовано для размещения рабочего места: _____

(причина (ы))

Уполномоченное лицо органа,
осуществляющего функции
по контролю в сфере нотариата,
Министерства юстиции
Донецкой Народной Республики _____

Подпись нотариуса _____