

CERERE

Angajator _____

Adresă sediu social _____

CUI / CIF _____

Cont bancar nr. _____

Telefon _____

E-mail _____

Către Agenția pentru Ocuparea Forței de Muncă Județeană _____/Municipiului București

Subsemnatul/(a), _____, în calitate de administrator/reprezentant legal al angajatorului _____, cu sediul social în localitatea _____, str. _____, nr.____, județul _____ /municipiul _____, sectorul____, vă solicit plata contravalorii indemnizației prevăzute la art. XI alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 30/2020 pentru modificarea și completarea unor acte normative, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul protecției sociale în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, cu modificările și completările aduse prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 32/2020, pentru un număr de _____ persoane, în sumă totală de _____ lei brut, aferentă perioadei _____.

Anexez prezentei:

- declarație pe proprie răspundere privind reducerea sau întreruperea temporară a activității total sau parțial ca urmare a efectelor epidemiei de coronavirus SARS-CoV-2, pe perioada stării de urgență decretate (Anexa nr.1);
- lista persoanelor care urmează să beneficieze de indemnizație (Anexa nr.2).

Numele și prenumele administratorului/reprezentantului legal (în clar) _____

Semnătura electronică/olografă

Data _____