Angajator………………………..

Adresa……………………………

C.U.I/C.I.F……………………….

Cod CAEN……………………….

Telefon…………………………...

Nr.………din……………............

 CATRE,

 INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCA SALAJ

Angajator…………………………………………………..…cu sediul social in………………………………………………………………….reprezentata legal prin……………………………… in calitate de ………………, va informam ca, in cadrul unitatii, incepand cu data de ………………… un numar de…………..salariati efectueaza ore de noapte in intervalul orar ………………………...la (sediu , punct de lucru, sectie,beneficiar)………………………………………………………………desfasurand activitatea de…………………………………………………….

Modalitatea prin care se compenseaza munca de noapte (reducerea programului sau spor la salariu)……………………………………………….

REPREZENTANT LEGAL/TITULAR,