

Denumire angajator* _____
Adresă sediu social/domiciliu _____
CUI/CIF _____
Nr. înregistrare Registrul comerțului _____
Nr.tel./fax /adresă e-mail _____

Către: INSPECTORATUL TERITORIAL DE MUNCĂ _____
Str. _____, nr. __, jud. _____

**CERERE PENTRU ACORDAREA CUMULATĂ
A ZILELOR DE REPAUS SĂPTĂMÂNAL**

Subsemnatul _____ în calitate de reprezentant legal al _____, solicit, potrivit art.137 alin. 4 din Legea 53/2003, republicată cu modificările și completările ulterioare - Codul muncii, să autorizați acordarea cumulată a zilelor de repaus săptămânal pentru salariații care prestează activitate neîntreruptă în perioada _____ în locația din localitatea _____ Str. _____, nr. __, județ/sector ____.
Activitatea se desfășoară în mod continuu, cu un număr de ____ salariați, având în vedere următoarea situație de excepție:

Atașez prezentei cereri:

- acordul scris al sindicatului (sau al reprezentanților salariaților)

Reprezentant legal,
Nume prenume _____
Semnătură _____

** angajator persoană juridică sau fizică*

***toate datele solicitate prin cerere sunt obligatorii*