

DECLARAȚIE
privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată la bugetul asigurărilor pentru șomaj
pentru luna _____ anul _____

CUI (Cod Fiscal) sau CNP		Denumire angajator								
Nr. Crt.	Nume și prenume asigurat	Cod numeric personal al asiguratului (CNP)	Cod numeric personal anterior al asiguratului (CNPANT) * numai daca REC="C"	Tip contr. (TC)	Nr. ore normă in zi (NON)	Nr. zile lucrate în lună (NZN)	Nr. zile suspendate în lună (NZZ)	Baza de calcul (BC)	Contribuția individuală datorată (CID)	REC
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

NOTĂ: Evidența asiguraților conform art. 20 din Legea nr. 76/2002, cu modificările și completările ulterioare, se ține de agențiile județene pentru ocuparea forței de muncă, respectiv a municipiului București, în baza contractelor încheiate cu asigurații.

DATE DESPRE ANGAJATOR - DEDUCERI ȘI REDUCERI

pentru luna _____ anul _____

Rectificativă		<input type="checkbox"/>		CUI (Cod fiscal) sau CNP			
Denumire angajator				CUI (Cod Fiscal) sau CNP anterior		*numai dacă REC="C"	
Adresa	Loc. Nr.	Bl.	Sc.	Et.	Str. Ap.	Total fond salarii brute realizate de asigurați (lei)	
Telefon		Fax		e-mail			
Nr. Crt.	Deduceri și Reduceri (după caz)					Recuperată din contribuția datorată	De restituit de la Bugetul Asigurărilor pentru Șomaj
0	1					2	3
1	Deduceri din contribuția datorată de angajator, conform art. 80 din Legea nr. 76/2002						
2	Deduceri din contribuția datorată de angajator, conform art. 85 din Legea nr. 76/2002						
3	Deduceri din contribuția datorată de angajator, conform art. 7 alin. (3) din OUG 58/2001						
4	Deduceri din contribuția datorată de angajator, în baza Legii nr. 116/2002 și a Normelor metodologice aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.149/2002						
5	Reduceri ale contribuției datorată de angajator, conform art. 93 și art. 94 din Legea nr. 76/2002						

Sub sancțiunile aplicate falsului în acte publice, declar că am examinat această declarație și în conformitate cu informațiile furnizate, o declar corectă și completă. Acest formular se folosește numai la depunerea declarațiilor pe suport de hârtie de către angajatorii care au primit aprobare în acest sens.

Persoană autorizată : Numele _____ Prenumele _____ Funcția _____

Semnătura și ștampila _____

AJOFM / AMOFM

Nr. inreg. _____ / _____