



Către,

Agenția Județeană pentru Ocuparea Forței de Muncă Arad

Subsemnata/Subsemnatul.....având
CNP-ul.....cu domiciliul în loc
.....str....., nr.....,
bl....., sc....., ap telefon, șomer
indemnizat aflat în evidența AJOFM Arad cu carnet de evidență
nr.....,referitor la plata indemnizației de șomaj aferente
lunii..... anulva fac cunoscute următoarele:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vă rog să verificați situația mai sus prezentată și să-mi acordați drepturile cuvenite
conform prevederilor legale.

Data:

Semnătura