12/03/2020

FORMULAIRE

Travail à distance – Mesures exceptionnelles et temporaires – COVID 19

Ce formulaire est à retourner à la Direction du Travail, adresse e-mail : directiondutravail@gouv.mc

Nom de l'employeur : ……

Adresse postale : ……

Adresse e-mail : …….

Numéro d'immatriculation de l'employeur aux Caisses Sociales de Monaco : ……...…….

Numéro de téléphone : …….....

Activité de la société : …….....

Salariés concernés par la mesure de travail à distance : *(une annexe peut être jointe au présent formulaire)*

Nom et prénom	*Fonction*	*N°CCSS/SPME*	*Durée et organisation de la mesure*

Observations particulières si besoin :
……
……
……

Par le présent formulaire, la société certifie :
- avoir recueilli par écrit, l'accord des salariés concernés par la présente mesure,
- avoir informé son assureur-loi de la mise en place de cette mesure.

La société s'engage à mettre fin à ce mode de travail à distance dès la fin du risque sanitaire ou sur demande de l'Administration.

Date :
Cachet de l'entreprise et signature :

2, Rue Princesse Antoinette
98000 MONACO
Tél. : (+377) 98 98 86 59
Fax : (+377) 98 98 89 74