Приложение № 1

к Порядку подтверждения основного вида экономической деятельности

страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных

случаев на производстве и профессиональных заболеваний — юридического лица,

а также видов экономической деятельности подразделений страхователя,

являющихся самостоятельными классификационными единицами,

утв. приказом Минздравсоцразвития России от 31 января 2006 г. № 55

*(в ред. от 22 июня 2011 г.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

|  |  |
| --- | --- |
| В |  |
|  | (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о подтверждении основного вида экономической деятельности**

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |
|  | (полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код подчиненности |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное (муниципальное) учреждение |  |

В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2005 года № 713, и учредительными документами (устав, положение) прошу считать

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| основным видом экономической деятельности за |  | год вид экономической деятельности |
|  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по ОКВЭД |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Основание:

1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.

2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приложение: на |  | листах. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление принято |  |  |  |
| (Заполняется территориальным органом Фонда  социального страхования Российской Федерации) | (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Штамп исполнительного органа Фонда социального страхования Российской Федерации |  |  |  |
|  | (подпись ответственного лица) |  | (расшифровка подписи) |