**Приложение №2.**

## Приложение № 1к Методическим рекомендациямо порядке участия представителейотделений Социального фонда Россиив расследовании несчастных случаеви профессиональных заболеваний

Форма (рекомендуемая)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | (наименование адресата, адрес) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | № |  |  |
| (дата) |  |  |  |
|  |
|  |
| **ИЗВЕЩЕНИЕо легком несчастном случае на производстве** |
|  |
|  |
| (наименование организации) |
|  |
| Регистрационный номер страхователя |  |  |
|  |  |  |
| [ОКВЭД](https://docs.cntd.ru/document/1200110162#7D20K3) на дату случая |  |  |
|  |
|  |
| (фамилия, инициалы работодателя - физического лица) |
|  |
|  |
| (контактный телефон работодателя (его представителя), факс, электронная почта) |
|  |
| ИНФОРМАЦИЯ О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ |
|  |
| Дата происшествия |  | Время происшествия |  |
|  | (дд.чч.гггг) |  | (местное время, чч:мм) |
|  |
| Место происшествия |  |
|  |
|  |
|  |
| КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ |
| (выполнявшаяся работа, краткое описание места происшествия и обстоятельств, при которых произошел несчастный случай) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
|  |
| Дата рождения |  |  | Пол |  | - мужской |
|  | (чч.мм.гггг) |  |  |  |
|  |  |  |  | - женский |
|  |
| Профессия (должность) |  |
|  |
|  |
|  |
| Статус работы, |  | - работа по трудовому договору, заключенному со |
| при выполнении |  | страхователем |
| которой произошел |  |  |
| несчастный случай |  | - работа физического лица, осужденного к лишению |
|  |  | свободы и привлекаемого к труду страхователем |
|  |  |  |
|  |  | - работа по гражданско-правовому договору, в |
|  |  | соответствии с которым заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы |
|  |
|  |  | Наступление временной |  |
| СНИЛС |  | нетрудоспособности | да/нет/сведения отсутствуют |
|  |  |  | (нужное подчеркнуть) |
|  |
| Наличие заключения медицинской организации о |  | - в наличии |
| характере полученных повреждений здоровья в |  |  |
| результате несчастного случая на производстве |  |  | № справки |  |
| и степени их тяжести (учетная форма № 315/у) |  |  |
|  |  |  | дата справки |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | - нет данных |
|  |  |  |
| Лицо, передавшее извещение о легком несчастном случае на производстве, |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
|  |
| Должность |  | Дата передачи |  |
|  |  |  | (дд.мм.гггг) |
| Контактный номер |  |  |  |
| телефона |  | Время передачи |  |
|  |  |  | (местное время, чч:мм) |
|  |  |  |  |
|  |  | Подпись |  |
|  |
| Лицо, принявшее извещение о несчастном случае, |
|  |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
|  |
| Должность |  | Дата передачи |  |
|  |  |  | (дд.мм.гггг) |
| Контактный номер |  |  |  |
| телефона |  | Время передачи |  |
|  |  |  | (местное время, чч:мм) |
|  |  |  |  |
|  |  | Подпись |  |