Приложение № 1

к Методическим рекомендациям о порядке участия представителей отделений Социального фонда России в расследовании несчастных случаев и профессиональных заболеваний

Форма (рекомендуемая)

|  |
| --- |
|  |
| (наименование адресата, адрес) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | № |  |
| (дата) |  |  |
| **ИЗВЕЩЕНИЕ**  **о лёгком несчастном случае на производстве** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование организации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер страхователя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| ОКВЭД 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 произошёл несчастный случай) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТРАДАВШЕМ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Пол | | |  | |  | | | - мужской | | | | | | | | |
|  | | | (чч.мм.гггг) | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | - женский | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Профессия (должность) | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Статус работы,  при выполнении которой произошёл несчастный случай | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | - работа по трудовому договору, заключённому  со страхователем | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | |  |  | | - работа физического лица, осуждённого к лишению свободы и привлекаемого к труду страхователем | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | | - работа по гражданско-правовому договору, в соответствии с которым заказчик обязан уплачивать страховщику страховые взносы | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  |  | |
|  | | | | | | |  | | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| СНИЛС |  | | | | | | | | | | | | | Наступление временной нетрудоспособности | | | | | | | | | | | | | | | | да**/**нет**/**сведения отсутствуют | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | (нужное подчеркнуть) | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Наличие заключения медицинской организации о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести  (учётная форма № 315/у) |  |  |  | - в наличии |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  | № справки |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | дата справки |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | - нет данных | | |  |  |  |  |  |   Лицо, передавшее извещение о лёгком 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 получения |  | |  | | |  | (дд.мм.гггг) | |  | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | Время получения |  | |  |  |  | (местное время, чч:мм) | |  |  | Подпись |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |