#### 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, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 31 января 2006 г. № 55

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(число) (месяц (прописью)) (год)

В

(наименование исполнительного 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 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Бюджетное 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 исполнительным органом Фонда

социального страхования Российской Федерации) (число) (месяц (прописью)) (год)

Штамп исполнительного органа Фонда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

социального страхования Российской Федерации (подпись ответственного лица) (расшифровка подписи)