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

(в ред. Приказа Минтруда России от 27.12.2022 № 818н)

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

В

(наименование территориального органа  
Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о подтверждении основного вида экономической деятельности**

От

(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

Регистрационный номер

Код территориального органа Фонда пенсионного  
и социального страхования Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
| 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 г. № 713, и учредительными документами прошу считать основным видом экономической деятельности за год вид экономической

деятельности:

(наименование вида 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  (уполномоченный представитель) |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

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

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