

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

\_\_\_\_\_