Приложение N 2

к Административному регламенту

Фонда социального страхования

Российской Федерации по предоставлению

государственной услуги по регистрации

и снятию с регистрационного учета

страхователей - физических лиц,

заключивших трудовой договор

с работником, утвержденному приказом

Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. N 215

Форма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц (прописью), год)

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о снятии с регистрационного учета в территориальном органе Фонда

социального страхования Российской Федерации физического лица

Прошу снять с регистрационного учета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии)

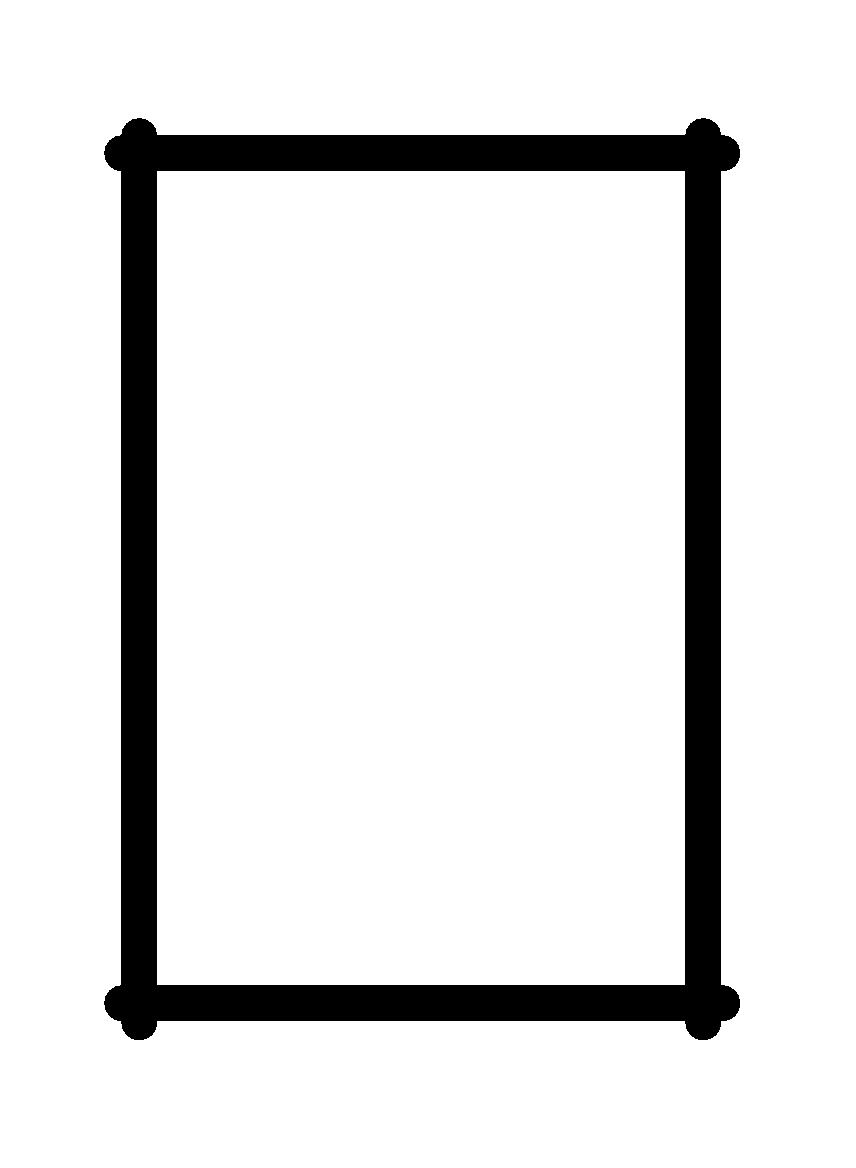
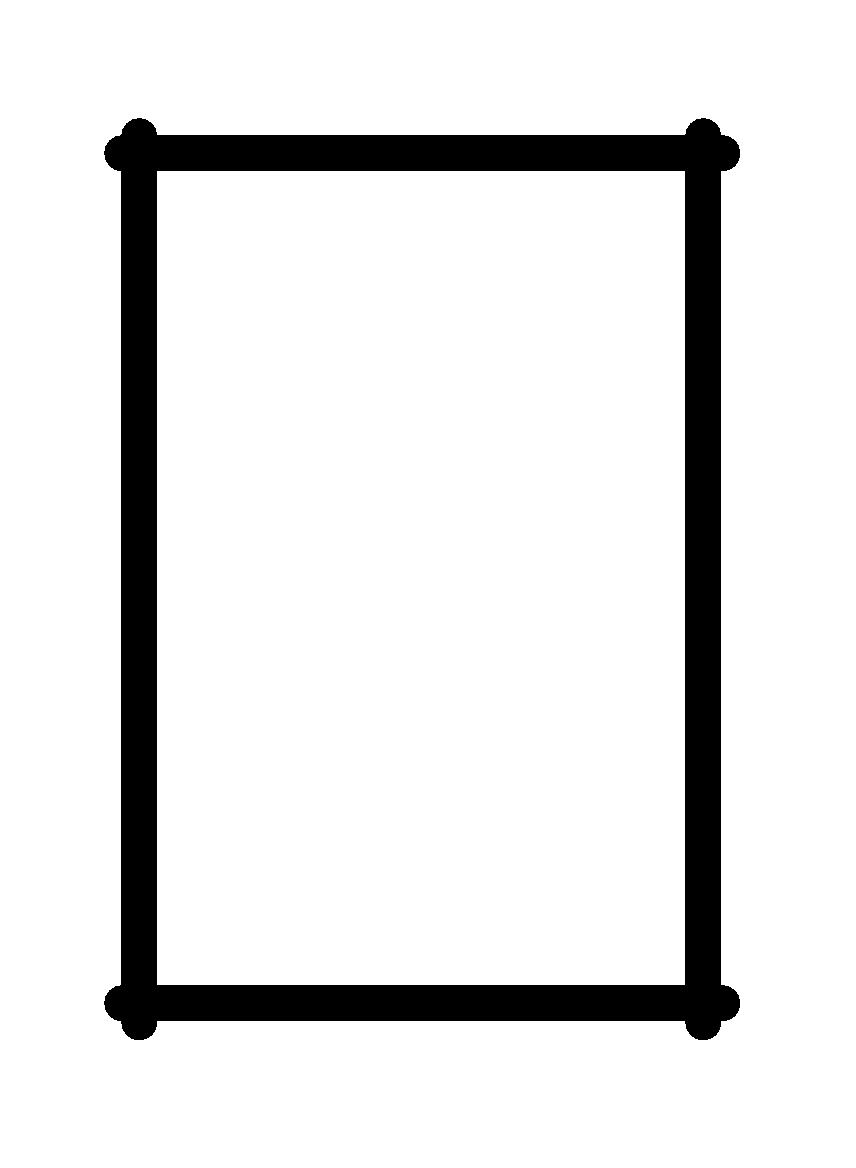
Адрес

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | |
| (Почтовый индекс) | | (Субъект Российской Федерации) | | | | |
|  |  | |  |  | |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | | (Дом) | (Корпус) | | (Квартира) |

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с прекращением действия трудового договора с последним из принятых

работников.

 Наличие/  отсутствие [<\*>](#gjdgxs) действующих гражданско-правовых договоров, в

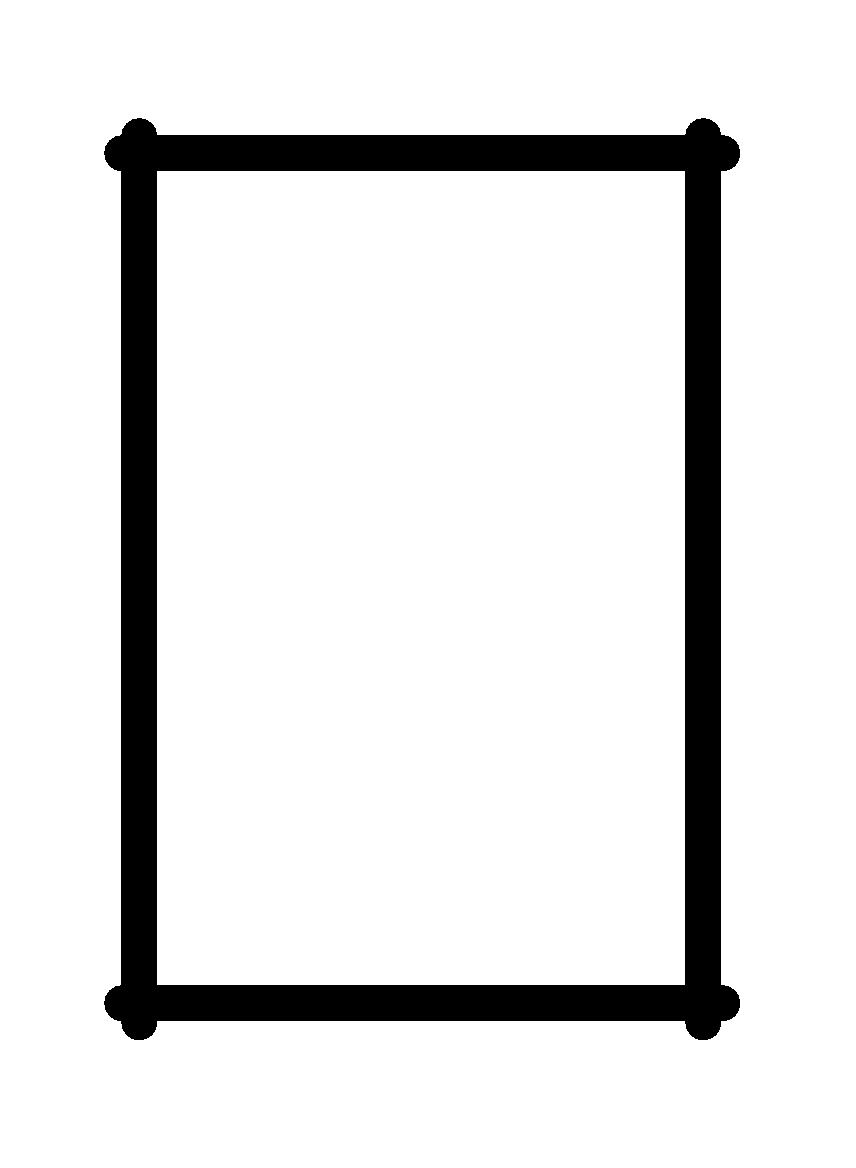
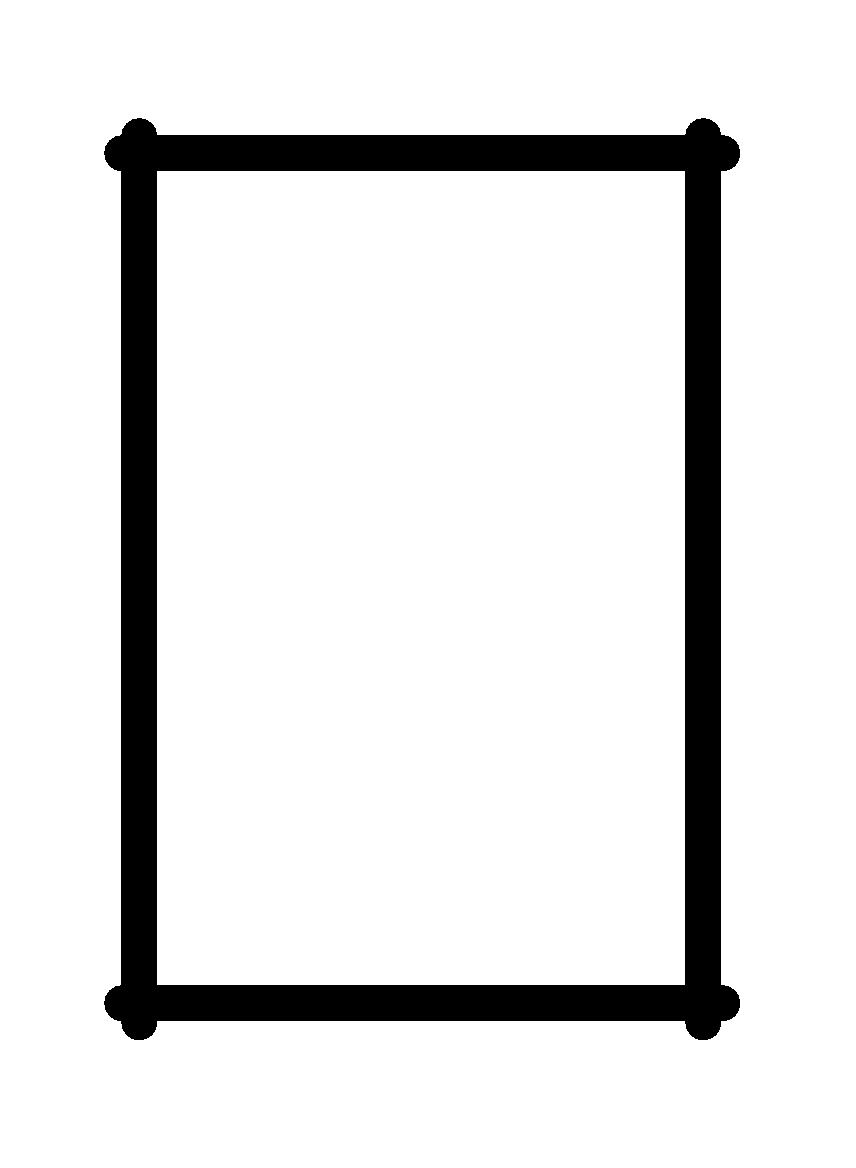
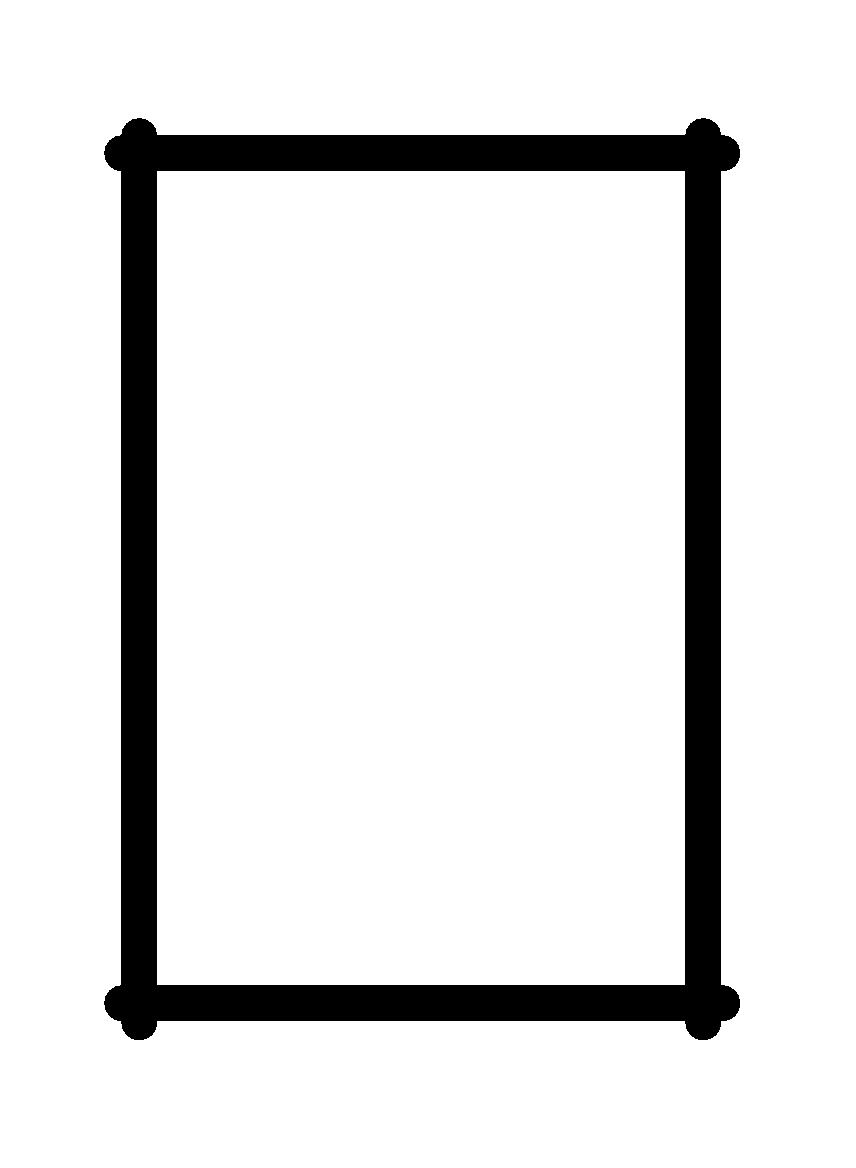
соответствии с которыми страхователь обязан уплачивать в Фонд социального

страхования Российской Федерации страховые взносы на обязательное

социальное страхование от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний.

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета [<\*>](#gjdgxs)

 вручить/  направить по почте/  направить в форме электронного

документа (при направлении заявления

через Единый портал)

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*>](#30j0zll) \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП [<\*\*>](#30j0zll)

--------------------------------

<\*> Нужное отметить.

<\*\*> В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе