

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 31.01.2006 № 55
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ
от 22.06.2011 № 606н)

20 января 2021
(число) (месяц (прописью)) (год)

В Государственное учреждение - Тульское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о подтверждении основного вида экономической деятельности**

От муниципального общеобразовательного учреждения "Боровковская основная общеобразовательная школа"
Ясногорского района Тульской области
(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

Регистрационный номер 7 1 0 1 0 4 0 2 8 7

Код подчиненности 7 1 0 0 1

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 года № 713, и учредительными документами (устав, положение) прошу считать основным видом экономической деятельности за 2020 год вид экономической деятельности:

Образование основное общее

Код по ОКВЭД 8 5 . 1 3

Основание:

- Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.
- Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

Приложение: на 1 листах.

Руководитель организации


(подпись) Судаков Михаил Владимирович
(расшифровка подписи)



1 февраля 2021
(число) (месяц (прописью)) (год)

Заявление принято

(заполняется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации)

Штамп территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(подпись ответственного лица)

(расшифровка подписи)