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)

28	февраля	2022
(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 муниципальное общеобразовательное учреждение "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 [X]

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 2021 год вид экономической деятельности:

Образование основное общее

Код по ОКВЭД | 8 | 5 | . | 1 | 3 | | | |

Основание:

1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.

2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

Приложение: на 1 листах.

Руководитель организации _____ Судаков Михаил Владимирович
(подпись) (расшифровка подписи)

Заявление принято _____ _____ _____
(заполняется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации) (число) (месяц (прописью)) (год)

Штамп территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации _____ _____
(подпись ответственного лица) (расшифровка подписи)