

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)

7
---

апрель

2017
------

  
(число) (месяц (прописью)) (год)

В Филиал № 2 ГУ ИРО ФСС РФ

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о подтверждении основного вида экономической деятельности

От Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение города Иркутска средняя  
общеобразовательная школа №50

(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

Регистрационный номер 

3	8	0	2	0	0	4	7	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код подчиненности 

3	8	0	2	1
---	---	---	---	---

Государственное (муниципальное) учреждение 

V
---

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 2016 год вид  
экономической деятельности:

Образование среднее общее

Код по ОКВЭД 

8	5	.	1	4			
---	---	---	---	---	--	--	--

Основание:

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

Приложение: на 4 листах.

Руководитель организации

  
(подпись)

Бобыльская Т.И.  
(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)