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,

обязанных уплачивать страховые

взносы в связи с заключением

гражданско-правового договора,

утвержденному приказом Фонда

социального страхования

Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. N 214

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 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 [<\*>](#Par72)

 Вручить/ Направить по почте/ направить в форме электронного

 документа (при направлении заявления

 через Единый портал)

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

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*>](#Par73) \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 расшифровка

МП [<\*\*>](#Par73) подписи

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

<\*> Нужное отметить

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