

## ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



399 393 824 523

первичный  продолжение листка нетрудоспособности №

дубликат

Г Б У З Г П № 2 2 Д З М Ф И Л И А Л 2

(наименование медицинской организации)

М О С К В А Б О Л Ь Ш А Я Ч Е Р Е М У Ш К И Н С К А Я 6 А

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи 30-06-2021 1 0 3 7 7 2 0 1 2 7 3 0

(ОГРН)

Ф К О С Т Я Н Е Ц К И Й  
И Д М И Т R И Й  
О Б О R I S O V I C H

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

20-09-1994

м в ж

Причина нетрудоспособности

0 1

код

доп код

код изм.

Состоит на учёте  
в государственных  
учреждениях  
службы занятостиОсновное  По совместительству  №

ОГРН санатория или клиники НИИ

дата 1

дата 2

№ путевки

по уходу

возраст (лет/мес.)

родственная связь

ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель)

да  нет 

Подпись врача:

Отметки о нарушении режима

Дата

Подпись врача:

Находился в стационаре: с

по

Печать  
учреждений  
медицинско-  
социальной  
экспертизы

Дата направления в бюро МСЭ:

Дата регистрации документов  
в бюро МСЭ:

Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ:

Подпись руководителя бюро МСЭ:

## ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
30-06-2021	05-07-2021	ТЕРАПЕВТ	СОЛОДЬЕВА ИВ	

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с 06-07-2021

Иное:

Подпись врача:

Выдан листок нетрудоспособности  
(продолжение) №

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Основное <input type="checkbox"/>	По совместительству <input type="checkbox"/>				
(место работы-наименование организации)					
Регистрационный №	/	Код подчинённости			
ИНН нетрудоспособного: (при наличии)	СНИЛС	- - - -			
Условия исчисления	Акт формы Н-1 от	- - - -			
Дата начала работы	Страховой стаж:	лет мес.	в т. ч. нестраховые периоды:	лет мес.	
Причитается пособие за период: с	по	- - - -			
Средний заработка для исчисления пособия:	р	к.	Средний дневной заработка	р	к.
Сумма пособия: за счет средств работодателя	р	к.	за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации	р	к.
Итого начислено	р	к.			
Фамилия и инициалы руководителя:	Подпись				
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:	Подпись				