

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



399 393 824 523

первичный ☒
дубликат ☐

продолжение листа
нетрудоспособности №

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 Ъ 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 1037727012730

(ОГРН)

Ф К О С Т Я Н Е Ц К И Й

И А М И Т Р И Й

О Б О Р И С О В И Ч

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

20-09-1994

(Дата рождения)

м в ж

Причина нетрудоспособности 01

код

доп код

код изм.



(место работы-наименование организации)

Основное ☒ По совместительству ☐ №

Состоит на учёте
в государственных
учреждениях
службы занятости

по уходу	дата 1	дата 2	№ путевки	ОГРН санатория или клиники НИИ
возраст (лет/мес.)	родственная связь	ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход		

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

Отметки о нарушении режима Дата - - Подпись врача:

Находился в стационаре: с - - по - -

Дата направления в бюро МСЭ: - - -

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: - - - Установлена/изменена группа инвалидности ☐

Освидетельствован в бюро МСЭ: - - - Подпись руководителя бюро МСЭ:

Печать
учреждения
медико-
социальной
экспертизы

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	СОЛОВЬЕВА НВ	

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с 06-07-2021

Иное: - - -

Выдан листок нетрудоспособности
(продолжение) №

Подпись врача:



ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

(место работы-наименование организации)		Основное <input type="checkbox"/> По совместительству <input type="checkbox"/>
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 заработок для исчисления пособия: р к.	Средний дневной заработок: р к.	
Сумма пособия: за счёт средств работодателя р к.	за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации р к.	Итого начислено р к.
Фамилия и инициалы руководителя:		Подпись
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:		Подпись

Печать
работодателя