

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



362 607 203 697

первичный продолжение листка нетрудоспособности № _____
 дубликат

ГБУЗ РК САКСКАЯ РБ ВЕРЕСАЕВСКАЯ ВА
(наименование медицинской организации)

ВЕРЕСАЕВО ГВАРДЕЙСКАЯ 1
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи **15 10 2020** **1149102171811**
(ОГРН)

Ф **ГОНЧАРЕНКО**
 И **МАРИНА**
 О **ПАВЛОВНА**
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)



30 10 1977 М Ж Причина нетрудоспособности **01**
(Дата рождения) код доп. код код изм.

МБОУ ВЕРЕСАЕВСКАЯ СРЕД ШКОЛА
(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Основное По совместительству № _____

по уходу	дата 1	дата 2	№ путевок	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: _____ Установлена/изменена группа инвалидности

Дата регистрации документов 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
15 10 2020	19 10 2020	СЕМ ВРАЧ	ТЕМИРОВА СМ	



ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с **20 10 2020** Иное: _____

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача:

_____ Основное По совместительству
(место работы-наименование организации)

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____

Печать работодателя

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 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 пл. бухгалтера: _____ Подпись _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ