Форма

(число, месяц (прописью), год)

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о снятии с учета в территориальном органе Фонда социального страхования  
Российской Федерации физического лица

Прошу снять с учета

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (фамилия) |  | (имя) |  | (отчество) |

Адрес места жительства

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (почтовый индекс) | (государство) | (субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (город) | (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.

Подпись заявителя .