Форма 8

**Сообщение**

**о последствиях несчастного случая на производстве и принятых мерах**

Несчастный случай на производстве, происшедший *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата несчастного случая, фамилия, инициалы пострадавшего)

Работающим (ей), работавшим (ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (профессия (должность) пострадавшего, место работы: наименование,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_местонахождение и юридический адрес организации, фамилия и инициалы работодателя - физического лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и его регистрационные данные)

Данный несчастный случай оформлен актом о несчастном случае на производстве №*\_\_*, утвержденным *«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*20*\_\_\_\_* г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, фамилия, инициалы лица, утвердившего акт о несчастном случае на производстве)

**Последствия несчастного случая на производстве:**

1. пострадавший выздоровел; переведен на другую работу; установлена инвалидность

 III,II,I групп; умер (нужное подчеркнуть);

1. окончательный диагноз по заключению (справке) лечебного учреждения

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

( при несчастном случае со смертельным исходом – по заключению органа судебно-медицинской экспертизы)

*код диагноза по МКБ -10 /вписать/;*

1. продолжительность временной нетрудоспособности пострадавшего *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Освобожден от работы с *«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 20*\_\_\_\_* г. по *«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* 20*\_\_\_\_\_*г.

Продолжительность выполнения другой работы (в случае перевода на другую

работу)  рабочих дней

 4) стоимость испорченного оборудования и инструмента в результате

 несчастного случая на производстве  руб.;

 5) стоимость разрушенных зданий и сооружений в результате несчастного случая

 на производстве  руб.;

6) сумма прочих расходов (на проведение экспертиз, исследований, оформление

 материалов и др.  руб.;

7) суммарный материальный ущерб от последствий несчастного случая на производстве

  руб;

 (сумма строк 4-7)

 8) сведения о назначении сумм ежемесячных выплат пострадавшему в возмещение вреда

  руб.;

 (дата и номер приказа (распоряжения) страховщика о назначении указанных сумм, размер сумм)

9) сведения о назначении сумм ежемесячных выплат лицам, имеющим право на их получение (в случае смерти пострадавшего)  руб.;

 (дата и номер приказа (распоряжения) страховщика

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 о назначении указанных сумм, размер сумм)

1. сведения о решении прокуратуры о возбуждении (отказе в возбуждении) уголовного дела по

 факту несчастного случая на производстве *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (дата, номер и краткое содержание решения

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 прокуратуры по факту данного несчастного случая)

 **Принятые меры по устранению причин несчастного случая на производстве:**

1. *Проведен внеплановый инструктаж с персоналом службы /гостиницы/*

*с разбором обстоятельств и причин происшедшего несчастного случая.*

*/обязательное мероприятие для всех н.с., но должны быть к нему еще другие/*

Работодатель (его представитель)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(наименование филиала)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы) (подпись)

Главный бухгалтер

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(наименование филиала)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы, ) (подпись)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (дата)