**Заявление**

**о регистрации в качестве страхователя в связи с изменением места жительства**

В Государственное учреждение – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Мордовия . (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия) (имя) (отчество(при наличии)

2. Адрес:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | |
| (почтовый индекс) | |  | (субъект Российской Федерации) | | | |
|  |  | | |  |  |  | |
| (город, область, иной населенный пункт) | (улица/переулок/проспект) | | | (дом) | (корпус) | (квартира) | |

Телефон(с указанием кода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты

3. Состоит на налоговом учете в

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

(наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(индивидуальный номер налогоплательщика)

4. До настоящего времени (до изменения места жительства) был зарегистрирован в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

(Адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу уведомление о регистрации в территориальном органе Фонда социального

страхования по новому месту жительства [<\*>](#P1092)

base_1_332273_32776 вручить/ base_1_332273_32777 направить по почте/ base_1_332273_32778 направить в форме электронного

документа (при направлении заявления

через Единый портал)

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*>](#P1093) \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП [<\*\*>](#P1093)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

--------------------------------

<\*> Нужное отметить

<\*\*> В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе