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

 (число) (месяц (прописью) (год)

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о снятии с регистрационного учета в территориальном органе

 Фонда социального страхования Российской Федерации лица,

 добровольно вступившего в правоотношения по обязательному

 социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности

 и в связи с материнством

Прошу снять с регистрационного учета

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

 (Фамилия) (Имя) Отчество (при наличии)

Адрес

┌────────────────┬──────────────────────────────┐

│ │ │

└────────────────┴──────────────────────────────┘

(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

 (Город, область, (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус)(Квартира)

 иной населенный

 пункт)

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

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета



Подпись заявителя (представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись работника многофункционального центра[\*](#sub_12111)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Расшифровка

 подписи

МП[\*](#sub_12111)

──────────────────────────────

\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе

──────────────────────────────