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

(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

──────────────────────────────