

**Жұмыскердің өз еңбек (қызметтік) міндеттерін не жұмыс берушінің мүддесі үшін өз бастамасы бойынша өзге де әрекеттерді орындауымен байланысты кәсіптік аурулар және (немесе) улану оқиғалары туралы хабарлау нысанын бекіту туралы**

Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2020 жылғы 28 қазандағы № 416 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 30 қазанда № 21542 болып тіркелді

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 106-бабының 4-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. Қоса беріліп отырған Жұмыскердің өз еңбек (қызметтік) міндеттерін не жұмыс берушінің мүддесі үшін өз бастамасы бойынша өзге де әрекеттерді орындауымен байланысты кәсіптік аурулар және (немесе) улану оқиғалары туралы хабарлау нысаны бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Еңбек, әлеуметтік қорғау және көші-қон комитеті заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтер ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау бірінші вице-министрі А.Ә. Сарбасовқа жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасының  
Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі*

*Б. Нурымбетов*

Қазақстан Республикасының  
Еңбек және халықты әлеуметтік  
қорғау министрінің  
2020 жылғы 28 қазаны  
№ 416 бұйрығына  
қосымша  
Нысан

**Жұмыскердің өз еңбек (қызметтік) міндеттерін не жұмыс берушінің мүддесі үшін өз бастамасы бойынша өзге де әрекеттерді орындауымен байланысты кәсіптік аурулар және (немесе) улану оқиғалары туралы хабарлау нысаны**

**Форма сообщения о случаях профессиональных заболеваний и (или) отравлений, связанных с выполнением работником своих трудовых (служебных) обязанностей либо иных действий по собственной инициативе в интересах работодателя**

1. Ұйымның атауы, оның меншік түрі (Наименование организации, ее форма собственности) \_\_\_\_\_

—  
2. Ұйымның мекенжайы, заңды, нақты (Адрес организации, юридический, фактический) \_\_\_\_\_

—  
3. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), ЖСН (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ИИН больного,- \_\_\_\_\_

—  
4. Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

—  
5. Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

—  
күні, айы, жылы,- (дата, месяц, год рождения), толық жасы (полных лет)  
6. Цехтің, бөлімшенің, учаскенің атауы (Наименование цеха, отделения, участка) \_\_\_\_\_

—  
7. Мамандығы, қызметі (Профессия, должность) \_\_\_\_\_

—  
8. Жалпы еңбек өтілі (Общий стаж работы) \_\_\_\_\_

—  
9. Зиянды және (немесе) қауіпті еңбек жағдайындағы еңбек өтілі (Стаж работы во вредных и (или) опасных условиях труда) \_\_\_\_\_

—  
10. Кәсіби аурудың және (немесе) уланудың туындау жағдайларының қысқаша сипаттамасы не олардың салдарлары, оның ішінде жұмыс аяқталғаннан кейін ұзақ мерзім өткен соң туындаған салдарлар (Краткое описание обстоятельств

возникновения профессионального заболевания и (или) отравления либо их последствий, в том числе возникших спустя длительный срок после прекращения работы) \_\_\_\_\_

11. Бір мезгілде жарақат алғандар саны (жіті улану кезінде) (Количество одновременно пострадавших (при острых отравлениях) \_\_\_\_\_

— 12. Негізгі диагнозы (Основной диагноз) \_\_\_\_\_

— Қосымша диагнозы (Сопутствующий диагноз) \_\_\_\_\_

13. Ауруды тудырған зиянды өндірістік фактор (Вредный производственный фактор, вызвавший заболевание и (или) отравление) \_\_\_\_\_

14. Қорытынды диагноз қойылған күн (Дата установления окончательного диагноза ) \_\_\_\_\_

15. Диагнозды қойған ұйымның атауы (Наименование организации, установивший диагноз) \_\_\_\_\_

— 16. Хабар жіберілген күн (Дата отправления сообщения) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж. (г.)

Жұмыс берушінің қолы (Подпись работодателя) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) \_\_\_\_\_

Ұйым мөрінің орны (бар болса)

Место печати организации (при ее наличии)