

Об утверждении формы 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

Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № 416. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 октября 2020 года № 21542

В соответствии с пунктом 4 статьи 106 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму 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.

2. Комитету труда, социальной защиты и миграции Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого вице-министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан Сарбасова А.А.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр труда и социальной
защиты населения Республики Казахстан*

Б. Нурымбетов

Приложение к приказу
Министра труда и социальной

**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

в р е д н ы х и
(или) опасных условиях труда) _____

— — — —
10. Кәсіби аурудың және (немесе) уланудың туындау жағдайларының қысқаша с и п а т т а м а с ы
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) (ф а м и л и я ,
имя, отчество (при его наличии) _____

— — — —
Ұйым м ө р і н ің о р н ы (б а р б о л с а)
Место печати организации (при ее наличии)