

**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 защиты населения Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № 416 |
|  | Форма |

**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)

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан