Приложение

к Правилам финансового обеспечения

предупредительных мер по сокращению

производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников

и санитарно-курортного лечения работнико

занятых на работах с вредными и (или) опасными

производственными факторами, утвержденным

приказом Министерства труда и социальной

защиты Российской Федерации

от 10 декабря 2012 г. N 580н

**План**

**финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению**

**производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников**

**и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными**

**и (или) опасными производственными факторами**

**ООО «Новые просторы» в 2019г.**

**(наименование страхователя)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N  п/п** | **Наименование предупредительных мер** | **Обоснование для проведения  предупредительных мер (коллективный договор,  соглашение по охране труда,  план мероприятий по улучшению условий и охраны труда)** | **Срок  исполнения** | **Единицы измерения** | **Коли-  чество** | **Планируемые расходы, руб.** | | | | |
| **всего** | **в том числе по кварталам** | | | |
| **I** | **II** | **III** | **IV** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| **1.** | **Проведение специальной оценки условий труда** | **План мероприятий по улучшению условий охраны труда, оздоровлению и снижению уровней профессиональных рисков** | **IV** | **Рабочих мест** | **91** | **143 250** |  |  |  | **143 250** |

**Руководитель: Главный бухгалтер:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов И.И. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов И.И.**

**(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год М.П.**

**СОГЛАСОВАНО**

**Директором филиала 34 ГУ – МОРО ФСС РФ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(наименование территориального органа Фонда социального страхования (подпись) (Ф.И.О.) Российской Федерации)**

**"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год М.П.**